N° 2

CONSIDÉRATIONS

SUR LES CAS LES PLUS FRÉQUENTS

DE

L'OPHTALMOLOGIE

ALGÉRIENNE

LEURS CAUSES, LEUR NATURE, LEUR TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Novembre 1902

PAR

Émile MARGERID

Né à Sétif (Constantine), le 26 février 1877

EX-INTERNE A L'HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA

EX-PRÉPARATEUR DE THÉRAPEUTIQUE A L'ÉCOLE D'ALGER

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ACAD. LEGOUBAU BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . DOYEN
FORGUE . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. PUECH .	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	N...

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), BERTIN-SANS (✻)

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	IMBERT L., agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. IMBERT
RAUZIER	MOURET	BERTIN-SANS
MOITESSIER	GALAVIELLE	VEDEL
DE ROUVILLE	RAYMOND	JEANBRAU
PUECH	VIRES	POUJOL

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TRUC, *président.*	MM. BERTIN-SANS, *agrégé.*
GILIS, *professeur.*	POUJOL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE ET A MES SŒURS

A MA FIANCÉE

A MES GRAND'MÈRES

A MES ONCLES

A TOUS LES MIENS ET A TOUS MES AMIS

E. MARGERID.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE D'ALGER
ET DE L'HOPITAL DE MUSTAPHA

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR TRUC

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

E. MARGERID.

PROLOGUE

Alors que nous ne nous étions pas encore adonné à l'étude captivante de la médecine, alors que nous étions encore tout jeune étudiant, l'ophtalmologie n'était pour nous qu'une branche peu importante de la pathologie, branche à laquelle nous faisions peu attention et dont l'étude nous paraissait être une perte de temps, alors que la médecine nous offrait à étudier de si importantes maladies. C'était là un raisonnement faux, et nous le reconnûmes bien vite lorsque commença notre stage à l'hôpital civil de Mustapha. C'est en voyant de près ses ravages que nous vîmes combien était important ce mal et combien nous nous étions trompé en le méprisant.

C'est qu'en effet deux maux terribles se sont abattus sur notre belle Algérie Le premier s'attaque à tout homme, qu'il soit robuste ou non ; il l'attend au détour d'un chemin et l'abat pour de longues années. En un rien de temps le malheureux qui est pris est absolument changé. De robuste qu'il était il devient indolent, mou, cachectique ;

ses organes se déforment, sa peau prend une autre couleur, et trop souvent encore le malade est emporté. Cet ennemi, on le reconnaît, c'est la Malaria.

A côté d'elle est un autre ennemi plus sournois, plus fourbe. Il n'attaque pas d'un coup : il s'insinue, se faufile sans bruit et choisit ses victimes. Ce n'est pas à l'homme fort qu'il s'attaque, c'est aux débilités, aux malheureux qu'il sait ne pas pouvoir soutenir la lutte, souvent c'est à ceux-là mêmes que la malaria vient d'abattre. Alors, il s'avance en rampant et leur ronge les yeux peu à peu. Ce n'est pas la vie mais la vue de sa victime qu'il veut, et il ne la lâche que lorsqu'elle est aveugle. Cet ennemi, c'est le Trachome et son hideux cortège.

Contre cette double attaque qu'a-t-on fait ? On a paré au plus pressé : la grande armée des médecins s'est liguée contre la malaria. Des hommes illustres ont trouvé l'arme qui doit la combattre et nous ont appris à nous en servir. Aujourd'hui la malaria recule, demain peut-être elle sera vaincue. Mais le second ennemi est toujours là, ses ravages sont toujours aussi graves, toujours aussi fréquents, et c'est contre eux qu'il faut combattre à présent.

C'est pour cette raison que nous avons étudié tout particulièrement cette branche spéciale de la pathologie, que nous avons été, en 1889, stagiaire à la clinique ophtalmologique de l'Hôpital de Mustapha, que nous y sommes retourné comme interne en 1891, que nous avons présenté dans la même année, au concours d'internat de première

classe, un travail ayant trait au même sujet, et qu'enfin nous publions aujourd'hui cette œuvre modeste. Cette étude, certainement, est loin d'être complète, elle aura besoin de matériaux plus importants, dont nous laissons à d'autres le soin de l'enrichir. Si nous n'avons pas vaincu toutes les difficultés qu'elle présente, si nos conclusions paraissent ne pas devoir être acceptées sans retour, que l'on n'en accuse que notre jeune expérience, mais que l'on y voie le résultat d'efforts consciencieux de trois années, et c'est là, croyons-nous, le meilleur titre à la bienveillance de nos juges. Que l'on n'accuse pas notre travail de manquer de bibliographie. Nous avons voulu qu'il soit absolument personnel, et si nous ne parlons point des idées de nos maîtres et des classiques, c'est pour ne point influencer les nôtres ; c'est pour que ce travail ne soit que le résumé de nos idées, de nos expériences, de nos études, et nous avons la ferme conviction qu'il aura toujours une certaine utilité. Si quelques-unes de nos idées sont justes, en effet, nous aurons un peu contribué à l'étude de l'ophtalmologie algérienne ; si, au contraire, elles sont fausses, nous aurons prouvé à ceux qui nous suivront dans cette étude que nous suivions une fausse route et nous leur ferons ainsi économiser du temps et du travail qu'ils pourront, plus heureux que nous, mettre avec profit au service de la science.

Avant d'entrer dans notre sujet, parvenu au terme de

nos études médicales, nous sommes heureux d'accomplir le plus sacré des devoirs et de témoigner publiquement notre reconnaissance à tous ceux qui ont contribué à notre éducation médicale. Un triste regard vers le passé nous fait, tout d'abord, un devoir de dédier notre thèse à la mémoire de notre père, dont le souvenir se fait sentir encore plus cruel aujourd'hui. Que notre mère soit assurée de notre amour filial et de notre reconnaissance pour les lourds sacrifices qu'elle s'est imposés. A nos maîtres de l'école d'Alger et de l'hôpital de Mustapha, qui ont guidé nos premiers pas dans le sentier de la médecine, nous adressons l'hommage de toute notre gratitude. Nos remerciements s'adressent, tout d'abord, à M. le professeur Bruch, chef de clinique chirurgicale et ophtalmologique à l'hôpital de Mustapha, directeur de l'Ecole de médecine d'Alger. C'est toujours avec un profond sentiment de gratitude que nous nous rappellerons les intéressantes et familières causeries de notre maître, qui nous a sans cesse depuis montré de si nombreuses marques de sympathie. Nous sommes heureux de la circonstance qui s'offre à nous de présenter ici à ce maître éminent l'assurance de notre profond dévouement et de notre respectueuse affection. Que MM. les docteurs Saliège, Moutet, Moreau, Curtillet, Battarel, dont nous avons été l'interne, soient assurés de notre profonde estime et du souvenir que nous garderons d'eux. Que MM. Vincent, Brault, Goinard, Sabadini, Crespin, Aboulker, et que tous ceux

qui nous ont prodigué des marques de sympathie et des enseignements soient assurés de notre reconnaissance.

Que nos maîtres de l'Ecole de Montpellier, qui ont mis la dernière main à notre éducation, reçoivent nos remerciements pour leurs excellentes leçons et pour leur bienveillance à notre égard. Que M. le professeur Truc, surtout, soit assuré de nos sentiments les plus reconnaissants pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, et qu'il accepte nos meilleurs remerciements.

Enfin, que les bons camarades que nous nous sommes créés pendant nos études, sachent le regret que nous éprouvons à quitter cette vie commune d'internat qui nous unissait par des liens si étroits de bonne amitié.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546803_0085

CONSIDÉRATIONS

SUR LES CAS LES PLUS FRÉQUENTS

DE

L'OPHTALMOLOGIE ALGÉRIENNE

LEURS CAUSES

LEUR NATURE, LEUR TRAITEMENT

INTRODUCTION

Dans tous les pays les maladies oculaires ont une importance extrême, car si elles ne tuent point, elles peuvent, sans soins, arriver à créer une véritable infirmité.

L'aveugle, en effet, est un malheureux inutile à la société, ne pouvant se suffire à lui-même. C'est pour les ouvriers, pour les gens qui vivent de leur travail, le plus terrible des malheurs, et nous leur avons souvent entendu dire qu'ils préfèreraient perdre la vie que devenir aveugles. Or, ces maladies oculaires, si terribles comme résultats, il faut bien le dire, sont heureusement celles sur lesquelles nous avons encore le plus de prise et il est rare que, soignées à temps et que surtout bien soignées, elles ne s'arrêtent ou ne se guérissent. Et la plupart du temps, à la vue d'un malade devenu aveugle autrement que par un

traumatisme, on arrivera à trouver les mêmes fautifs : ou le malade qui est venu se faire soigner trop tard, alors que sa lésion n'était plus guérissable ; ou le médecin, qui n'a pas su arrêter une lésion dont il aurait pu être maître.

C'est là une responsabilité qui pèse sur tout médecin et qui, étant naturellement proportionnelle au nombre des malades, devient excessivement lourde en Algérie car les maladies oculaires y règnent en souveraines, nous en verrons plus loin la cause. Un jeune médecin algérien a donc à les craindre à cause de leur fréquence, à cause de leurs résultats si préjudiciables à notre colonie. Leur fréquence ? Il suffit d'avoir fait ses études ou exercé en Algérie pour la connaître, il suffit de visiter les salles de nos hôpitaux, il suffit de lire les rapports des médecins communaux et de colonisation qui attribuent tous, en moyenne, une proportionnalité de 25 0/0 aux maladies oculaires, et cela dans quelque endroit que ce soit : faire le graphique des maladies oculaires au point de vue de la distribution géographique serait dessiner l'Algérie tout entière.

Nous disions plus haut que les résultats de ces affections non soignées étaient plus terribles en Algérie qu'en France. Notre colonie, en effet, est en pleine croissance, elle a besoin, pour atteindre au rang qu'elle a le droit d'envier, de bras pour étendre la culture, pour défricher nos montagnes, pour faire sortir du sol les richesses qu'il contient ; elle a besoin, en un mot, de travailleurs pour étendre son commerce. Or, on le verra plus loin, ce sont surtout ces travailleurs qui sont atteints, ce sont eux qui, terrassés par ce fléau, ne peuvent continuer leur œuvre, et toute affection oculaire enlève du même coup, provisoirement ou définitivement, deux bras qui travailleraient à embellir et enrichir l'Algérie.

De plus, les centres sont, en Algérie, disséminés sur d'immenses territoires, loin des villes, loin des hôpitaux. Et c'est là que, seuls, livrés à eux-mêmes, loin de tout confrère et de tout autre centre, nos médecins communaux ou de colonisation se trouvent aux prises avec des difficultés qu'ils ne peuvent vaincre que s'ils connaissent à fond leur pathologie oculaire.

Et c'est pourquoi connaissant la lourde responsabilité qui nous attendait, nous avons tenu à étudier plus particulièrement ce fléau, de façon à lutter plus efficacement contre lui, de façon à jouer notre rôle, si faible fût-il, dans cette grande œuvre de la colonisation algérienne.

Ce travail sera divisé en trois chapitres : dans un premier nous étudierons les causes, l'étiologie des affections oculaires ; dans un second, nous étudierons ces affections elles-mêmes ; dans un troisième leur traitement, et nous terminerons enfin par des conclusions inspirées par les faits cliniques et les observations que nous avons pu observer et faire pendant nos années d'étude à l'hôpital civil de Mustapha.

CHAPTRE PREMIER

Les maladies oculaires sont très nombreuses en Algérie, et cela tient à des causes nombreuses aussi, que nous allons passer en revue dans ce chapitre.

Ce qui nous occupera en premier lieu sera le climat, qui joue en Algérie un rôle assez important. Il agit, en effet, de deux façons : d'une façon médiate pourrait-on dire, et d'une façon immédiate. Il y a d'abord la lumière éclatante qui fatigue les yeux du voyageur par réverbération, et cela est si connu que certaines peuplades kabyles ne voyagent jamais dans la journée sans se mettre une large feuille d'acanthe en forme d'abat-jour sur les yeux.

Il y a ensuite la poussière qui est plus abondante en Algérie qu'en France, car sous l'action du soleil et de la chaleur, la terre se dessèche couche par couche et il n'est pas rare de trouver en été dix à quinze centimètres de poussière, qui s'élève au moindre vent sous les pas des promeneurs, des chevaux et surtout des troupeaux. Ces corps étrangers, irritant l'œil, en font un terrain propre aux diverses affections oculaires. De plus, sous l'action de la chaleur, il est impossible de sortir en été après 10 heures le matin, avant 2 heures l'après-midi. Le promeneur imprudent qui s'y hasarde se sent aussitôt comme

coiffé de plomb, la face et les yeux se congestionnent: c'est, en somme, un coup de chaleur en petit. Que cela se reproduise assez souvent, comme l'exigent certaines conditions sociales, certains métiers, et les yeux, continuellement congestionnés, n'attendent qu'une occasion favorable pour s'enflammer, et il suffit alors d'un brusque changement de température, d'une poussière, d'une réverbération trop forte pour créer une conjonctivite qui, trop souvent mal soignée, passe à l'état chronique.

Une particularité importante sur laquelle on a, croyons-nous, peu attiré l'attention, est le dessèchement du globe oculaire par la chaleur, les vents, et surtout un vent spécial venant du sud, qui s'est surchauffé en traversant le désert et que nous appelons le sirocco. Sous son action la peau devient sèche : on ne transpire plus ou, pour mieux dire, on transpire plus, mais l'on ne s'en aperçoit pas, la sueur s'évaporant au fur et à mesure qu'elle se forme, et cela grâce à une atmosphère très sèche et continuellement en mouvement. Les muqueuses elles-mêmes s'en ressentent : la langue est sèche et pâteuse, la gorge serrée, l'organisme entier se déshydrate, et ce qui le prouve, c'est cette envie continuelle de boire. On absorbe, par ces temps de sirocco, des quantités inouïes de liquides, sans augmenter la quantité des urines, puisque ces liquides s'évaporent sous forme de transpiration. Dès lors, les choses se passant ainsi du côté de la peau, des muqueuses buccale et linguale, pourquoi n'en serait-il pas de même pour la muqueuse oculaire, pourquoi, en un mot, la sclérotique et la muqueuse qui la tapisse ne se dessècheraient-elles pas aussi ? Et cette sécheresse ne serait-elle pas une des grandes causes du ptérygion si fréquent en Algérie ? Ce n'est là qu'une simple hypothèse, mais qui semble reposer sur des bases assez solides. Pen-

dant nos trois années d'internat, nous avons observé, tant en ville qu'à l'hôpital, plus de 100 ptérygions, et il nous a semblé que le ptérygion avait pour cause l'évaporation, le dessèchement de la muqueuse oculaire, et pour rôle, de lutter contre cette même évaporation en tapissant la muqueuse d'une néoformation surtout capillaire qui, s'il nous est permis de nous exprimer ainsi, transpirerait pour la muqueuse elle-même en la garantissant de la sécheresse ambiante. Le ptérygion, en somme, remplacerait un peu les paupières aux endroits où elles n'existent plus. Ce n'est là, nous le répétons, qu'une hypothèse, et voici sur quelles raisons nous nous sommes basé :

Tout d'abord, le siège même de cette tumeur : les classiques nous apprennent que le ptérygion peut siéger soit en haut, soit en bas, soit de chaque côté de la cornée, qu'il peut être horizontal ou vertical. Eh bien, nous ne nous rappelons pas en avoir vu un seul vertical, c'est-à-dire soit au-dessus, soit au-dessous de la cornée, et toujours au contraire horizontal, dans le sens de la fente palpébrale, à l'endroit, en somme, où la muqueuse est le plus exposée à l'évaporation. Et ici une particularité à noter. Sur les 48 derniers cas que nous avons étudiés avec cette idée, 31 se trouvaient à l'angle interne de l'œil, 12 à l'angle externe et 5 dans les deux angles, c'est-à-dire à droite et à gauche de la cornée. Pourquoi cette préférence pour l'angle interne de l'œil ? Serait-il plus exposé que l'externe ? Voilà ce que nous laissons à d'autres le soin d'expliquer.

Vient ensuite la position sociale des individus atteints. Ce ne sont pas ceux qui ont une vie sédentaire à l'abri des intempéries du temps, qui sont atteints, mais bien ceux, au contraire, que leur métier oblige à sortir à toute heure du jour ou de la nuit, quel que soit le temps, quelle que

soit la chaleur, et parmi eux surtout les indigènes, les cheminots, les gardes champêtres et, plus qu'eux tous peut-être, les charretiers.

Voici, d'ailleurs, le tableau résumé des différentes professions et des positions occupées par les 48 derniers :

Ptérygions observés

Charretiers	16
Gardes champêtres	10
Indigènes	9
Cheminots	3
Portefaix	4
Boulangers	3
Chauffeurs	2

Différentes positions des Ptérygions	Œil droit	Œil gauche
Au-dessus de la cornée	0	0
Au-dessous de la cornée	0	0
Angle interne de l'œil	20	11
Angle externe de l'œil	8	4
Aux deux angles de l'œil	2	3

Un point qui nous paraît important aussi est l'époque du début du ptérygion. Si, comme nous le pensons, il a pour but d'économiser la transpiration de la muqueuse oculaire, il doit se montrer au moment où elle a le plus à transpirer, au moment où l'évaporation se fait le plus rapidement, c'est-à-dire en été. C'est, d'ailleurs, le résultat de nos recherches sur nos 48 derniers ptérygions. On ne peut malheureusement établir, à ce sujet, une statistique fixe

car, le ptérygion évoluant souvent très lentement, le porteur peut ne plus se souvenir du début ou se tromper d'époque. Quoi qu'il en soit, hasard ou cause, la moitié environ de nos malades atteints de ptérygion affirmait l'avoir vu commencer en été, l'autre moitié hésitait ou ne se souvenait pas.

Le ptérygion, disions-nous plus haut, semble être fait pour lutter contre la dessication de la muqueuse oculaire. Sa résistance, sa vitalité, semblent en effet le prouver. Les classiques apprennent que l'on peut, après avoir détaché la tête du ptérygion jusqu'à sa base, le laisser pendre au dehors de l'œil avec ou sans lien de façon à le laisser tout seul se flétrir, se dessécher et mourir. Or, nous l'avons essayé plusieurs fois avec M. le professeur Bruch, et jamais cette méthode ne nous a donné de vrais succès. Le ptérygion pendant se portait à merveille et supportait gaillardement les sections et les différentes cautérisations au feu et au nitrate d'argent. Aussi, M. le professeur Bruch a-t-il l'habitude de faire ce qu'il appelle « l'enterrement de première classe », c'est-à-dire qu'après avoir détaché la tête du ptérygion, il l'enterre et le fixe sous une boutonnière faite à la muqueuse, de façon à le laisser vivre comme il l'entend, tout en l'empêchant de gêner la vision. Une pratique excellente consiste à injecter dans le corps du ptérygion une solution très faible de cocaïne : le ptérygion se gonfle, et alors, plutôt que d'avoir à disséquer une lame de tissu très friable, on a un véritable bourrelet qui rend l'opération bien plus facile.

C'est pour toutes ces raisons énumérées plus haut que le ptérygion nous paraît avoir pour cause fréquente, en Algérie, la dessication du globe oculaire. Que cela soit,

nous ne saurions le soutenir ; que cela ne puisse être, nous croyons qu'on ne peut pas l'affirmer.

Après cette parenthèse, revenons au climat. Nous avons vu qu'il agissait par la chaleur, par la lumière trop vive, le vent, la poussière, la sécheresse du globe oculaire, les changements brusques de température; ce sont là ce que nous appelons les causes médiates. Il y a encore les causes immédiates, qui affaiblissent l'organisme et le mettent en état de moindre résistance. Ce sont les deux grandes maladies débilitantes de l'Algérie : la malaria et l'anémie, avec toutes leurs complications. Ces causes sont trop connues pour y insister de nouveau.

Aux conditions climatériques doivent naturellement s'adjoindre les conditions telluriques. Il est certain que les vallées jouent un rôle fort important parce qu'elles sont tout d'abord parcourues par le vent, parce qu'ensuite elles sont striées de petits cours d'eau, d' « oueds », qui, torrents en hiver, se dessèchent peu à peu en été, forment d'abord une boue dont la surface se recouvre d'une croûte qui sèche, se répand en poussière au moindre vent, et nous retrouvons alors les deux causes incriminées plus haut : la poussière et le vent.

Une question intéressante est celle des hautes et des basses altitudes. On a prétendu que celles-ci causaient plus de maux d'yeux que celles-là. Les contrées élevées sont-elles donc moins atteintes par les affections oculaires ? C'est une erreur, du moins en Algérie, nous l'affirmons sans crainte. Sans doute, on observe plus de maux d'yeux provenant des régions basses que des montagnes, mais cela tient à ce que les villes n'étant jamais à de bien hautes altitudes et la plupart des cultures se faisant en plaines, celles-ci sont plus peuplées que les montagnes. De plus, les colons des plaines vont souvent

à la ville voisine et peuvent y aller consulter un médecin. Ont-ils besoin d'y venir exprès pour le consulter, cela leur est facile : ils ont à leur disposition de superbes routes, des chemins de fer, des communications faciles. Enfin, la sécurité y étant moins compromise que sur nos montagnes, ils peuvent, à la rigueur, abandonner leur ferme pour un jour. Il en est tout autrement en montagnes : elles sont d'abord peu peuplées relativement aux plaines; elles sont habitées par des Kabyles, des Arabes et quelques Européens, mais pauvres pour la plupart, et l'on sait que c'est surtout chez le pauvre que l'on rencontre les affections oculaires, et de préférence le trachome; de plus, les chemins y sont mauvais; tous ces petits villages sont généralement fort éloignés des villes et de tout médecin; il faudrait, pour en consulter un, faire un voyage fatigant et fort long, et, au retour, l'imprudent qui aurait quitté sa demeure risquerait bien de la trouver complètement saccagée. Voilà pourquoi nous voyons moins de maux d'yeux venant des hauteurs que des plaines. Mais que l'on se dérange, que l'on aille sur les lieux, et l'on se rendra compte que, relativement, les hautes altitudes sont encore plus atteintes que les plaines, et cela à cause des indigènes qui les habitent et qui sont très sujets aux affections oculaires, nous le verrons plus loin en étudiant les races. Il faut traverser ces villages kabyles pour s'en rendre compte, et c'est ce que nous avons fait dernièrement, alors que nous faisions un intérim près de Bougie. En prenant nos renseignements sur place, voici les statistiques que nous avons pu établir. Elles ne sont certainement pas complètement exactes parce que nous avons été obligé de nous fier au dire des cadis et des marabouts (sortes de maires de ces villages) auxquels nous avons demandé quel était à peu près le

nombre des individus atteints pour une centaine d'habitants, et voici le résultat obtenu :

Villages	Individus atteints
Simaoun	20-25 p. 100.
Tamzelt	25-30 —
Taouert-Ighil . . .	20-25 —
Aït-Chetala	40-50 —
Boumsal	10-15 —
Ighil Allouanet . . .	15-20 —
Belaïch	15-20 —
Tiffra	25-30 —
Tagmount	25-30 —
Agatane	10-12 —
Fargoune	40-45 —

Nous répétons encore que cette statistique n'est pas scientifiquement établie, mais il nous semble qu'elle peut donner une idée approximative du nombre des affections oculaires dans les villages précités. Nous croyons donc que la réputation des hautes altitudes a été de beaucoup surfaite et qu'elles sont au moins aussi atteintes que les contrées basses.

Une autre cause que l'on peut encore faire entrer dans les conditions telluriques est la végétation algérienne. On a beaucoup incriminé les Platanes, qui, cependant, sont bien innocents, nous semble-t-il, de l'ophtalmie que l'on a dénommée « des Platanes ». Les fruits, en forme de boules suspendues aux branches, sont recouverts d'un épais duvet soyeux formé de petits filaments qui circulent, dit-on, dans l'air au moindre vent.

Mais, en général, il faut que ces fruits soient écrasés pour que leur duvet soit mis en liberté, ce qui n'arrive que

pour les boules tombées à terre et qui ne sont que la minorité. De plus, ce duvet est formé de filaments si fins, si fragiles, qu'ils ne sauraient, comme on l'a prétendu, se fixer dans nos tissus. Enfin dans les villages algériens où les platanes sont nombreux (Blida, Maison-carrée, Husseindey, Rouïba, Bouïra, etc...), les affections oculaires ne sont pas plus fréquentes qu'ailleurs et nos vieux colons, dont l'expérience à ce sujet est assez grande, n'y prêtent aucune attention. Le platane semble donc bien innocent. Il n'en est pas de même du figuier de Barbarie, autrement dit cactus épineux, par opposition au cactus inerme, rare dans nos pays. Le cactus épineux est formé de larges raquettes munies d'épines de 1 à 2 centimètres, et sur ces tiges, naissent pendant l'été de nombreux fruits dont les indigènes sont très friands, et sur lesquels se trouvent régulièrement placés des bouquets d'épines fort minces, très courtes, qui peuvent s'implanter dans la peau et par conséquent dans les muqueuses aussi. Au moment où le fruit est mûr, c'est-à-dire de juillet à octobre, ces épines s'en détachent et voltigent dans l'air. Les figuiers de Barbarie sont en très grand nombre autour de nos villages, et surtout des villages kabyles, puisqu'ils arrivent à former l'alimentation presque exclusive, en été, des indigènes par leurs fruits, et de leurs troupeaux par leurs feuilles. De plus, ces épines tiennent très peu au fruit et il suffit de passer le doigt sur l'un d'eux pour les en détacher. Nous avons d'ailleurs fait une expérience assez probante. Il suffit de suspendre une raquette couverte de figues dans un sac en papier hermétiquement fermé pour retrouver au fond du sac, au bout de quelques jours, un grand nombre de ces petites épines. Elles se détachent donc seules au moment où le fruit commence à se dessécher et l'air peut alors facilement les transporter à de grandes distances.

On conçoit donc que ces milliers d'épines puissent venir s'implanter sur la muqueuse palpébrale et produire une violente irritation qui prépare le terrain aux granulations et autres affections oculaires. Le danger est d'ailleurs fort bien connu de nos colons et des indigènes dont un dicton dit : « Saison des figues, saison des maux d'yeux ». Voici, d'ailleurs, une observation qui vient à l'appui de notre dire.

Observation Première

Le 25 août 1902, alors que nous faisions un intérim à El-Kseur, le jeune Mohaud Tahar ben M.., âgé de 12 à 13 ans, vint nous trouver pour nous demander un collyre. Sa paupière gauche, excessivement enflammée et tuméfiée, nous donna d'abord l'idée d'une conjonctivite purulente, mais, en écartant les paupières, aucun pus ne vint confirmer ce diagnostic. Le malade se plaignait surtout d'une vive douleur au milieu de la paupière supérieure. Après l'avoir relevée, nous aperçûmes à la loupe un petit point blanchâtre au milieu duquel se trouvait implantée une petite aiguille jaune qui, enlevée à la pince, fut reconnue appartenir au cactus épineux. Le petit foyer de suppuration fut alors incisé, nous ordonnâmes un collyre au protargol matin et soir et dans l'intervalle des compresses d'eau boriquée chaude. Trois jours après, le 29 août, le malade était complètement guéri.

Cette observation, pour unique qu'elle soit, n'en a pas moins son importance et prouve bien que le cactus épineux peut être accusé à juste raison. Combien d'ophtal-

mies de ce genre ont-elles, peut-être, eu la même cause passée inaperçue !

Nous arrivons maintenant à une question plus importante : celle des races qui peuplent l'Algérie et de leur genre de vie. La population algérienne comprend en effet : un petit noyau, infime minorité, de Français ou nés de parents français ; le restant se divise en deux parties : d'un côté l'élément indigène, Arabes, Kabyles, Israélites ; de l'autre le résidu de tous les autres peuples, chassés de leur pays par la justice, la misère ou l'ambition, et qui se compose surtout d'Espagnols, d'Italiens, de Maltais, de Napolitains, de Marocains et d'un produit bâtard, mélange de toutes ces races, ayant pris à chacune ses vices et qui, selon les circonstances, revendique toutes les nationalités voulues, voire même celle de naturalisé Français ! Or, pour comprendre ce qui va suivre, il faut avoir vu ces différentes races en Algérie, connaître leurs mœurs et leurs coutumes, et c'est pourquoi il nous semble utile d'esquisser rapidement le type de chacune d'elles.

L'Arabe et le Kabyle ne forment qu'un seul et même type. C'est avant tout un individu sale et misérable. Certainement le Coran lui ordonne de faire des ablutions fréquentes de tout le corps, mais comme il n'indique pas la quantité d'eau à employer, quelques gouttes suffisent à nettoyer sa conscience, tandis que nous ne saurions en dire autant de sa peau. De plus, le Coran ne parle pas des vêtements, de sorte que l'Arabe ne s'en soucie guère et porte le même jusqu'à ce qu'il ne puisse plus tenir sur ses épaules. Comme logement, c'est encore pire : une pièce unique suffit à loger toute une famille, et nous avons vu à El-Kseur la commission d'hygiène expulser d'une chambre de quatre mètres carrés, une famille composée

de 63 individus. Cela semble impossible, mais un rapport déposé à la mairie de l'endroit en fait foi. Ce n'est là certainement qu'une exception, mais on peut dire qu'en moyenne, on trouve dans la même chambre, dans le même « gourbi », sept à huit personnes, un âne, un ou deux moutons, un chien et plusieurs poules. Et tout cela *grouille* ensemble : c'est le seul mot qui peut rendre compte de la chose. Et cette chambre est généralement petite, chaude, remplie d'une odeur infecte et sans autre ouverture que la porte, car des fenêtres pourraient permettre aux passants de voir les femmes contenues à l'intérieur, ce qui est contraire aux coutumes indigènes. Si l'on ajoute à cela que l'Arabe ne se nourrit que de figues et de raisins en été, de galette et d'huile en hiver, on comprendra facilement qu'avec une pareille hygiène le trachome n'ait qu'à se montrer pour régner en maître sur un terrain aussi bien préparé.

Le Juif est tout aussi sale sinon plus que l'Arabe, et l'hygiène est un vain mot pour lui. Toute la journée, il reste dans sa boutique, où plus de trois ou quatre personnes ne sauraient prendre place. Et il vit là, sans jamais prendre l'air, se nourrissant de ce qu'il peut trouver de moins cher, de sorte qu'il est toujours anémique, scrofuleux, bacillaire, d'autant plus qu'aucun sang nouveau ne vient rajeunir cette vieille race. Les Juifs, en effet, ne se marient qu'entre eux, et comme ils sont tous plus ou moins parents, les produits de ces consanguins sont encore plus affaiblis que ceux qui leur ont donné naissance. Enfin le Juif a horreur des métiers qui exigent une certaine dépense de force musculaire. Il n'est que commerçant : métier calme, lucratif et sans danger. De sorte que sans exercice, sans hygiène et sans soins, il devient un terrain de plus en plus favorable à toutes les maladies,

tandis que l'Arabe est encore assez robuste grâce à sa vie active, aux exercices violents auxquels il se livre ; si bien qu'à l'hôpital, d'un Arabe et d'un Israélite atteints d'une même maladie, l'Arabe guérit, l'Israélite meurt : ainsi le veut la loi de la sélection naturelle.

Quant à l'Espagnol et à l'Italien, c'est le type du travailleur chassé de son pays par la misère. Il est maçon, charretier, forgeron, colon ; il lui faut l'espace et le grand air, de sorte qu'il est toujours exposé aux causes que nous avons énumérées plus haut : le vent, la poussière, le soleil, la sécheresse, etc... Son logement est bas, obscur, et encombré d'enfants sales et auxquels la mère ne saurait donner aucun soin, car elle travaille de son côté. C'est une race forte et énergique par besoin, mais c'est une race pauvre et qui ne peut pas avoir une bonne hygiène. De plus, c'est une race ignorante et qui a pour habitude de ne se laisser soigner les yeux que lorsqu'ils sont presque perdus, et chez elle le trachome et ses suites sont nombreux.

On pourra remarquer que partout et toujours nous n'avons en vue que le pauvre, car celui-ci seul nous intéresse. La société algérienne peut, en effet, au point de vue ophtalmologique, se diviser en deux catégories. D'un côté les individus sains ou dont les affections oculaires sont bénignes et facilement guérissables : ce sont les gens aisés, ceux qui ont une aisance relative. De l'autre, ceux dont les nombreuses affections sont presque inguérissables : ce sont les pauvres, et ici nous ne faisons plus de différence de races. Qu'il soit français, juif, espagnol ou arabe, le riche est généralement indemne d'affections oculaires. L'exemple le plus fréquent nous est fourni par les villages kabyles, où l'on peut dire que presque tous les habitants sont atteints, sauf les chefs,

parce qu'ils ont une aisance relative. Il en est de même chez les Israélites d'Alger. Dans la rue de la Lyre, par exemple, quartier des Israélites pauvres, de petits commerçants, presque tous ont mal aux yeux. Au contraire, du côté de Saint-Eugène, quartier des Israélites riches, habitant de superbes villas, aucun d'eux n'est atteint. Il en serait enfin de même pour l'Espagnol, si l'on pouvait trouver en Algérie un Espagnol riche. La misère, voilà donc la plus grande cause des affections oculaires. C'est qu'elle amène à sa suite une infinité d'autres causes moins importantes mais qui ont cependant encore une grande action. Nous avons vu la malpropreté, l'encombrement, la mauvaise hygiène ; voyons maintenant les causes adjuvantes causées elles-mêmes par la misère. Ce sont les préjugés, les mauvais soins, l'ignorance et souvent la bêtise. Ces gens là ont, en effet, des préjugés indéracinables. Nous ne parlerons pas de ces coutumes qui défendent de laver la tête des petits enfants de peur de percer la « poche-aux-poux ! », ni de celle qui défend de débarrasser les enfants de ces animaux utiles à la santé parce qu'ils « dévorent les mauvais maux », ni de celle qui défend de toucher à une plaie qui suppure sous prétexte que « c'est la maladie qui sort », ni enfin de toutes celles du même genre. Nous avons ici en vue la peur du médecin et le refus de se laisser soigner par lui. Le médecin pour ces gens-là est un luxe presque inutile et, d'ailleurs, il ne sait presque rien ; il a un métier comme tous les autres et cherche à gagner le plus possible sur un malade. De plus, le médecin est souvent un danger, car il fait des expériences sur les imprudents qui se mettent entre ses mains. Enfin, il fait acheter des médicaments fort chers, parce qu'étant associé aux pharmaciens, il touche une certaine part de ce qu'il leur fait

vendre. Et l'on nous accuse ainsi journellement de ne rien savoir, de tuer les gens ; il est étonnant que l'on n'ait pas pensé à nous dire associés aux croquemorts et aux fossoyeurs : de cette façon le même client rapporterait jusqu'au bout !! On conçoit qu'avec une telle confiance, ces malheureux ne viennent nous trouver qu'en désespoir de cause, lorsque tous les conseils des voisines ont été sans résultats, lorsqu'enfin la lésion est presque inguérissable.

A côté de cela, confiance absolue en tout ce qui ne fait pas partie de la médecine. Les concierges surtout nous font une concurrence épouvantable et leurs remèdes sont suivis à la lettre. Quand ils sont inoffensifs, passe encore, mais trop souvent aussi ils sont nuisibles. Pour les yeux, par exemple, que n'a-t-on pas employé ? Tout ce que l'imagination peut trouver de plus baroque, tout cela a été conseillé et essayé. Ce sont généralement des pommades préparées par des mains la plupart du temps sales, de sorte que la suppuration est de règle. Nous ne voulons pas faire ici l'énumération de tous ces remèdes, elle serait ennuyeuse et surtout incomplète. Nous nous bornerons à citer deux exemples, dont l'un que nous avons vu, et l'autre dont nous ne saurions douter, pour résumer l'ignorance, l'incurie, la bêtise de ces gens-là.

Observation II

En 1902, alors que nous étions interne à l'hôpital de Mustapha, une jeune espagnole d'une vingtaine d'années, Joséphine M..., vint nous consulter pour une légère conjonctivite. Après lui avoir ordonné du protargol et expli-

qué la façon de s'en servir, elle nous demanda, avant de nous quitter, notre avis sur un remède qu'une voisine lui avait indiqué et qui, d'après elle, était souverain et en avait guéri bien d'autres. Il s'agissait d'un mélange de cendre de cigare et d'urine que l'on instillait le soir dans l'œil malade. Nous nous élevâmes naturellement contre un tel procédé, qui était sale et dangereux. Elle parut comprendre et s'en alla. Quelques jours après, la malade venait nous trouver ; elle avait employé le fatal remède et était dans un état lamentable : les paupières tuméfiées, l'écoulement de pus, la douleur intolérable, la cornée presque entièrement recouverte par un énorme chémosis, tout cela caractérisait nettement une ophtalmie purulente. Restait à savoir de quelle nature. La malade s'étant plaint de douleurs au bas ventre s'irradiant jusqu'au genou de la jambe droite, nous l'examinâmes au spéculum et nous diagnostiquâmes une métrite. Aucun pus au meat, mais la sécrétion utérine, examinée le lendemain, au microscope, révéla des gonocoques. La malade, atteinte de blennorrhagie, s'était inoculé une ophtalmie gonococcique. Quoique nous n'ayons pu nettement déterminer sur le moment la nature de cette ophtalmie, nous montrâmes à la malade les dangers d'une pareille affection, les soins incessants qu'elle exigeait et nous l'engageâmes vivement à entrer à l'hôpital, sous peine de perdre la vue. Elle comprit ou parut comprendre ; nous lui délivrâmes son billet d'entrée d'urgence, elle partit pour prévenir sa famille et... depuis, nous ne l'avons plus revue.

Et voilà une fille, qui par sa bêtise et son ignorance, a certainement perdu la vue.

Observation III

Voici maintenant une autre observation qui est d'autant plus probante qu'elle concerne un des plus grands chefs kabyles de la vallée de la Soummam, homme instruit et tout à fait civilisé. Il était atteint d'une affection oculaire quelconque, et fit part à l'adjoint-administrateur de l'endroit, de son intention d'aller consulter le médecin maure de son village. Monsieur S..., l'adjoint, qui nous a lui-même conté la chose, lui conseilla d'aller plutôt voir le médecin de colonisation : « Et si tu vas trouver le médecin maure, lui dit-il, je le fais arrêter comme exercice illégal de la médecine et toi comme complice ». Malgré cette sage remontrance, le grand chef arabe, on le sut après, n'alla consulter que le médecin maure. Alors qu'un grand chef a de tels préjugés, on peut juger de ceux que doivent avoir les indigènes qui ne sont nullement civilisés.

Que ces peuples encore sauvages aient recours à leur médecin, cela n'a rien d'étonnant: c'est une race ignorante, fanatique et qui, par religion même, évite de s'adresser aux médecins français, par haine du Roumi (Français), et pour ne pas le faire pénétrer chez lui Mais que nos naturalisés, qui habitent nos villes et qui se disent civilisés, aient de pareilles coutumes, cela est d'autant moins pardonnable qu'ils devraient être plus intelligents, et que les gens auxquels ils s'adressent sont souvent plus dangereux que les médecins maures.

Ceux-ci sont, en effet, très pratiques et arrivent parfois à d'assez beaux résultats. Nous avons essayé souvent de

leur faire dire les moyens qu'ils employaient contre les maux d'yeux, mais ils restent toujours muets par méfiance du Français d'abord, pour ne pas divulguer leur secret ensuite. Cependant nous avons pu en surprendre quelques-uns par l'intermédiaire de ceux auxquels ils étaient appliqués. Dans tout traitement il y a d'abord la partie religieuse : c'est un verset du Coran que l'on écrit sur un pain que le malade mange religieusement, sur un papier avec lequel il fera une cigarette ou qu'il suspendra à son cou dans un petit sac en cuir. Chaque verset a une action spéciale, et la science du « toubib » (médecin maure) consiste à choisir le bon : il y en a pour couper la fièvre, pour arrêter les douleurs, pour être fécond, pour ne pas l'être, etc... A côté de cela est la partie active, mais qui n'agira que si Mahomet a été flatté par le verset qui lui était dédié. Si le malade meurt, c'est que Mahomet le voulait ainsi (Mektoub ? c'était écrit !); s'il guérit : Allah est un grand homme et le toubib aussi !! Et il faut avouer que le toubib a souvent des remèdes fort logiques. Ainsi, contre la conjonctivite simple, c'est l'eau chaude qui est employée, soit à l'aide de compresses (moyen dangereux, car elles sont toujours sales), soit à l'aide de feuilles de figuier de Barbarie, dont nous avons parlé plus haut. Et ces feuilles ont vraiment un pouvoir indéniable et font d'excellents cataplasmes. Elles sont en effet très épaisses, et leur tissu est imbibé d'un suc très abondant. L'Arabe sépare ces raquettes longitudinalement, les fait chauffer et les applique sur l'endroit malade. Ces feuilles conservent très longtemps la chaleur et, suivant le degré auquel elles ont été chauffées, le nombre et la durée des applications, on peut obtenir tous les degrés, depuis la rubéfaction jusqu'à la vésication. C'est, en somme, un vésicatoire naturel, moins dangereux que le nôtre et qui rend

de très grands services. Nous l'avons nous-même employé comme révulsif à la campagne, alors que nous n'avions rien d'autre sous la main, pour un malade atteint de congestion cérébrale, et nous n'avons eu qu'à nous louer de ses effets. Pour la conjonctivite, le malade applique sur l'œil enflammé un morceau de feuille légèrement chauffé qu'il remplace lorsqu'il s'est refroidi.

Contre la congestion oculaire ils font une saignée à l'aide d'incisions verticales sur la nuque Pour les kératites ils savent que les corps gras ont une grande efficacité; aussi emploient-ils le lait de femme, d'ânesse ou de vache, ou encore l'huile d'olive. Enfin pour le trichiasis, et c'est là un procédé fort ingénieux, ils arrivent à relever la paupière sans se servir de bistouri. Ils prennent un petit roseau qu'ils fendent longitudinalement d'un seul côté. En écartant cette fente, ils pincent la partie médiane de la paupière au niveau de l'endroit où les cils touchent le globe oculaire. En pinçant plus ou moins de peau, ils obtiennent un relèvement provisoire plus ou moins grand. Ils appliquent un bandeau pour maintenir le tout en place et ils attendent. Sous l'action de cette pression continue, la peau pincée par le roseau, et par ce fait privée de circulation, se flétrit, meurt et tombe,tandis qu'à l'extérieur du roseau la plaie se cicatrise de sorte qu'au bout de quelques jours, le roseau tombe de lui-même et le relèvement se trouve obtenu sans le secours de bistouri ni de point de suture. C'est, en somme, une sorte de procédé de Arlt modifié et simplifié, et nous avons vu plusieurs de ces opérations réussir.

Après cette digression sur les remèdes indigènes, que nous aurions voulu plus complète, nous ne saurions terminer ce chapitre sans insister sur une grande cause de propagation des maladies oculaires parmi les indigè-

nes, cause que nous n'avons trouvée dans aucun auteur : nous voulons parler des mouches. Ce sont elles, nous ne craignons pas de l'affirmer, qui jouent le plus grand rôle dans la propagation de ces affections. D'après la description ci-dessus, on se rappelle que l'habitation kabyle est tout à la fois chambre à coucher, salle à manger, cuisine, écurie, poulailler... Hommes et bêtes s'y entassent et de cet amas de chairs et d'excréments s'échappe une odeur infecte qui attire toutes les mouches des environs, et c'est par milliers qu'on les trouve à l'intérieur de ces pièces, par centaines qu'elles se posent sur vous. Or, ce bourdonnement incessant, ce chatouillement énervant, que ne peut supporter un Européen, n'incommode nullement un indigène. Depuis son enfance il est habitué à être couvert de mouches en été comme il est habitué à supporter la chaleur, et il ne s'en préoccupe nullement. Le moment de la sieste arrivé, il se couche à moitié nu sur une natte et s'endort tranquillement au milieu de sa famille et de ses bêtes. Les mouches, que rien n'importune plus, choisissent alors leurs endroits et forment de véritables cercles, de véritables liserés noirs autour des plaies des bêtes ou des hommes, des excréments de bétail ou de volailles, des morceaux de viande achetés au dernier marché et qui devront nourrir la famille jusqu'au marché prochain. Sur le visage, elles s'alignent autour des orifices naturels à cause de leur humidité, et les yeux, les narines et la bouche sont entourés d'un cercle noir immobile et vivant. Au bout d'un moment, tout l'essaim s'envole pour se poser ailleurs. Il est alors bientôt remplacé par un autre et ainsi de suite. Et ces mouches, allant de chair en chair, de plaie en plaie, prennent sur celles qui sont septiques les germes d'infection pour les porter sur celles qui ne le sont pas encore, et il suffit d'un individu pour

contaminer toute une famille, d'un granuleux pour communiquer le trachome à tous les autres. Ce que nous avançons, bien d'autres l'ont remarqué aussi et tous les vieux Algériens sont d'accord sur ce point.

Comme on le voit, les causes sont fréquentes qui provoquent les affections oculaires en Algérie ; aussi ne devons-nous plus nous étonner en voyant leur nombre et leurs ravages.

CHAPITRE II

Nous venons d'étudier les causes des affections oculaires en Algérie, il est donc naturel d'étudier maintenant ces affections elles-mêmes. Pendant les trois années que nous avons passées à l'Hôpital civil de Mustapha, il nous a été donné d'en voir un très grand nombre et de dresser les statistiques suivantes que nous donnons dès le commencement de ce chapitre, parce qu'elles nous fourniront des données intéressantes, parce qu'ensuite nous aurons à y revenir fréquemment dans nos discussions.

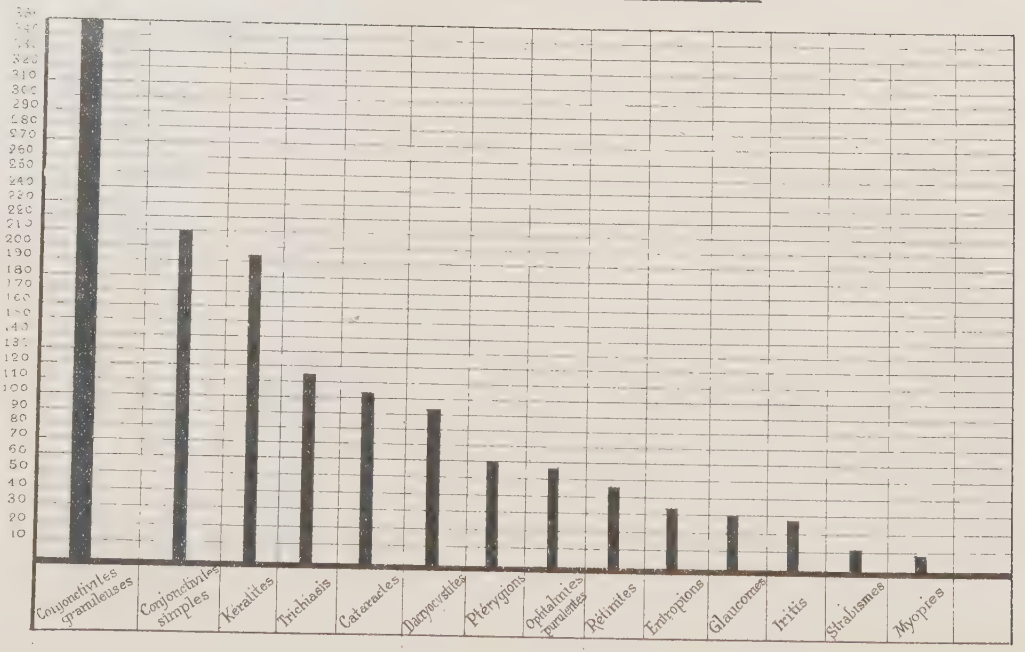
Tableau.

Statistique N° I

Proportion relative des différentes maladies oculaires

		Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Novemb.	Décemb.	Totaux
Année 1899-1900	Conjonctivites simples. . . .	10	15	8	16	24	30	6	14	16	112
	Conjonctivites granuleuses. .	15	18	17	4	14	32	40	17	15	172
	Kératites (simples ou ulcéreus.)	6	10	6	16	12	9	13	10	9	91
	Trichiasis	6	4	5	10	8	6	2	7	6	54
	Cataractes	2	2	8	4	8	17	15	6	2	64
	Entropions	0	1	0	2	1	6	2	0	0	12
	Glaucomes	1	2	1	0	3	2	1	3	1	14
	Ptérygions	2	5	3	0	1	8	7	1	1	28
	Ophtalmies purulentes. . .	2	2	4	1	1	0	2	6	6	24
	Iritis	0	0	5	3	1	0	3	2	1	15
	Dacryocystites.	2	10	6	1	5	4	7	2	9	46
	Rétinites	4	2	3	1	6	2	1	0	0	19
	Myopies.	0	0	2	0	2	1	0	0	0	5
	Strabismes	2	0	1	0	0	2	1	0	1	7
Année 1900-1901	Conjonctivites simples. . . .	4	8	10	3	7	31	18	7	8	96
	Conjonctivites granuleuses. .	20	16	9	8	22	30	45	15	13	178
	Kératites (simples ou ulcéreus.)	21	14	7	9	10	13	8	9	12	103
	Trichiasis	7	3	8	10	12	9	6	3	5	63
	Cataractes.	2	5	3	0	6	8	10	3	1	38
	Entropions	0	2	4	0	5	3	4	1	2	21
	Glaucomes	3	1	1	2	1	3	2	2	1	16
	Ptérygions	2	5	0	3	4	6	9	1	2	32
	Ophtalmies purulentes. . . .	3	3	5	2	6	3	5	4	1	32
	Iritis	2	0	0	3	2	1	1	1	4	14
	Dacryocystites.	5	9	3	2	4	9	6	10	2	50
	Rétinites	2	1	3	2	4	2	1	5	2	22
	Myopies.	0	0	1	0	2	1	0	0	0	4
	Strabismes	0	1	0	2	0	0	0	1	0	4

DIAGRAMME DE LA STATISTIQUE N° I

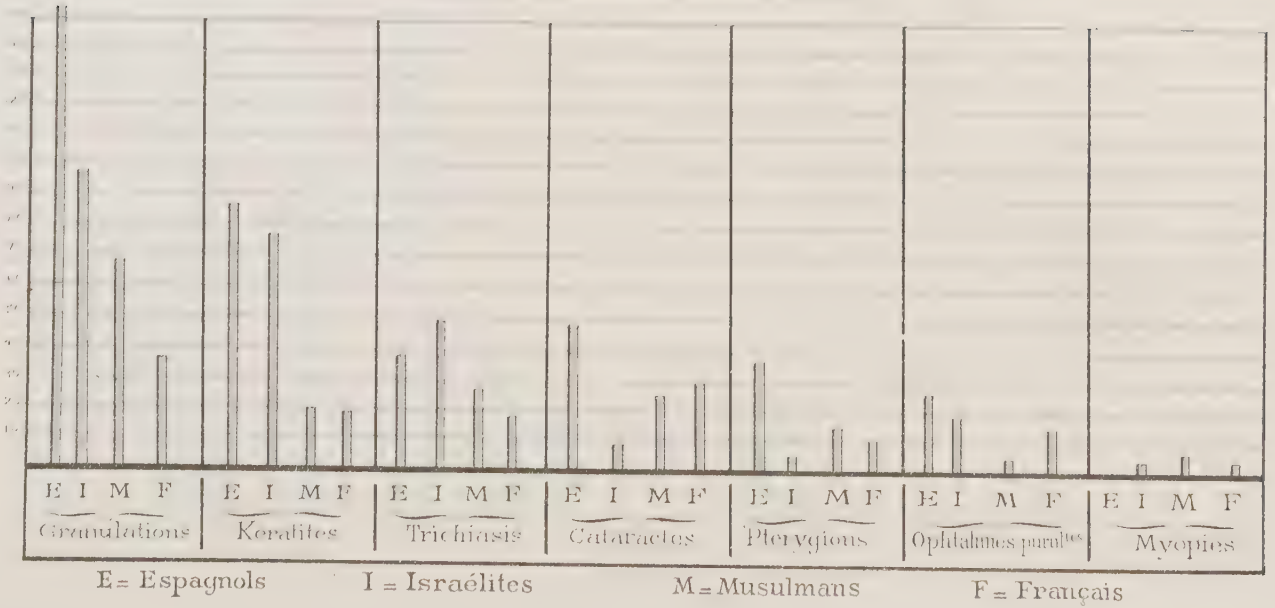


Statistique N° II

Relation entre les Maladies oculaires et la Nationalité des Malades

	MALADIES	ESPAGNOLS ITALIENS	ISRAÉLITES	MUSULMANS	FRANÇAIS	TOTAUX
Année 1899-1900	Granulations	72	51	32	17	172
	Trichiasis	16	18	12	8	54
	Kératites	42	36	8	5	91
	Cataractes	33	4	11	16	64
	Ptérygions	15	1	8	4	28
	Ophtalm. purulentes	10	9	1	4	24
	Myopies	0	1	3	1	5
Année 1900-1901	Granulations	80	46	37	15	178
	Trichiasis	22	25	11	5	63
	Kératites	42	38	12	11	103
	Cataractes	10	3	11	14	38
	Ptérygions	20	2	4	6	32
	Ophtalm. purulentes	12	8	2	10	32
	Myopies	0	1	2	1	4

Diagramme de la Statistique N° II



Voici, enfin, une dernière statistique indiquant la fréquence relative des différentes opérations faites à la clinique ophtalmologique de l'hôpital civil de Mustapha pendant les années 1899-1900 et 1900-1901.

On y remarquera que les nombres y sont beaucoup moins forts que l'on aurait pu s'y attendre après avoir vu les statistiques précédentes. C'est que cette dernière statistique ne porte que sur la dixième partie environ des malades que nous avons vus. D'abord, parce que les justes réclamations de M. le professeur Bruch, tendant à augmenter le nombre de lits mis à notre disposition (8 pour les hommes, 14 pour les femmes), se heurtaient à une regrettable indifférence. Ensuite, parce que la plupart de ces malades venaient volontiers nous consulter, mais dès que l'on parlait d'opération ou d'entrée à l'hôpital, leurs vieux préjugés leur faisaient rapidement rebrousser chemin.

Tableau.

Statistique N° III

	MOIS	Brossages	Relèvements Trichiasis	Canthoplastis	Cataractes	Iridectomies	Ptérygions	Chalazions	Dacryocystites	Hypopions	Entropions	Blépharorraphie	Symblépharons	Totaux
ANNÉE 1899-1900	Novembre . . .	12	2	3	3	1	2	0	2	0	0	0	0	25
	Décembre . . .	8	5	2	2	2	1	3	0	0	0	0	0	23
	Janvier	16	3	5	2	1	3	2	0	0	1	1	1	35
	Février	6	7	4	4	2	2	4	2	0	1	1	0	33
	Mars	18	2	3	0	2	2	1	1	1	2	0	0	32
	Avril	13	9	5	6	4	1	6	0	1	0	0	2	47
	Mai	21	6	4	3	2	5	2	0	3	0	1	0	47
	Juin.	12	2	6	2	3	6	1	1	2	2	0	0	37
ANNÉE 1900-1901	Novembre . .	16	3	3	7	6	1	2	0	1	1	0	0	40
	Décembre . . .	10	5	2	5	1	3	0	0	0	1	0	0	27
	Janvier	19	2	5	3	3	1	1	2	0	0	2	2	40
	Février	20	7	3	5	4	2	3	0	2	0	0	0	46
	Mars	22	3	1	2	2	0	2	2	1	0	2	0	37
	Avril	20	6	4	0	5	0	1	1	3	2	1	1	44
	Mai	21	9	2	1	6	5	3	0	1	3	0	1	52
	Juin.	23	9	5	3	4	7	1	0	2	0	0	1	55
	Totaux. . .	247	77	57	48	48	41	16	11	17	13	8	8	

Ces statistiques terminées, nous allons maintenant les reprendre une à une et essayer d'en extraire tous les enseignements qu'elles contiennent.

Dans la statistique numéro I et son diagramme explicatif, on voit que les conjonctivites simples et granuleuses sont en nombre beaucoup supérieur aux autres maladies oculaires et, notamment pour le trachome et ses complications, on trouve un nombre de 659 cas, de beaucoup plus fort que celui de toutes les autres maladies réunies, soit pour les deux années 1900 et 1901, le chiffre de 287. On voit par là l'énorme proportion de conjonctivites granuleuses qui existent en Algérie, car nous n'avons basé nos statistiques que sur les malades que nous avons vus à la clinique ophtalmologique, ce qui ne constitue qu'une très petite partie de la population, le reste refusant énergiquement de se laisser soigner par un médecin, ou ne le pouvant pas vu l'éloignement qui l'en sépare.

On remarquera de plus, toujours dans la même statistique, que les conjonctivites sont d'autant plus nombreuses que les mois sont plus chauds ; c'est-à-dire que le maximum est atteint en juin et juillet. Il doit en être de même en août et septembre, puis le nombre diminue en octobre pour arriver, en novembre, à un chiffre qu'il conservera à peu près pendant tous les autres mois de l'année. Nous ne pouvons malheureusement pas le démontrer sur notre statistique, car la clinique se terminant au mois de juillet, c'est aussi à ce mois que se termine notre statistique, mais on peut y voir qu'au mois de novembre le nombre des granuleux est descendu de beaucoup. Eh bien, cette brusque ascension en été est causée, nous l'avons dit plus haut, par la chaleur, la lumière, le dessèchement du globe oculaire, les vents, les poussières, la moindre résistance de l'organisme, et, s'il nous est permis de faire

entrer cette petite cause parmi les grandes, par les épines du fruit du cactus épineux.

Si maintenant on veut bien se reporter à la statistique et au diagramme numéro II, on verra que les granuleux français sont relativement peu nombreux. Cela tient à ce qu'ils ont plus souci de l'hygiène, se nourrissent mieux et surtout à ce qu'ils sont plus propres. Les musulmans sont aussi peu nombreux. Mais il faut savoir que l'on doit en séparer tous les Kabyles qui restent dans leurs montagnes et n'ont nullement l'idée de venir en ville consulter un médecin français. Le terme de musulmans comprend donc simplement ici les Arabes qui habitent Alger et ses environs et qui sont assez civilisés pour venir à l'hôpital se faire soigner. Or ceux-là sont en grande minorité, ce qui explique le nombre relativement restreint des musulmans granuleux que nous avons pu voir. Ce sont donc les Israélites et surtout les Espagnols qui occupent le premier rang, et encore leur nombre est inférieur à la réalité, car beaucoup d'entre eux ne se font pas soigner par manque de temps, par ignorance ou par peur du médecin. Et cependant leur nombre est assez élevé sur notre statistique, parce que ce sont là les peuples les plus sales, les moins soucieux de l'hygiène, les plus ignorants et surtout les plus pauvres que l'on puisse voir dans les villes algériennes.

Enfin, sur la statistique n° 3, comme pour confirmer les deux précédentes, on voit l'énorme proportion de brossages et de redressements qui s'opèrent chaque année, surtout si l'on tient compte de ce que la clinique ne comprend qu'une vingtaine de lits pour les malades à hospitaliser.

Les conjonctivites granuleuses sont non seulement plus nombreuses, mais encore plus dangereuses qu'en

France, à cause des mauvais soins dont elles sont l'objet, à cause du refus de se laisser soigner par un médecin, à cause du terrain enfin qui est, comme nous l'avons vu plus haut, admirablement préparé pour recevoir le trachome. Le grand nombre des conjonctivites granuleuses suffit à expliquer le grand nombre de leurs complications. De même que les granulations, ces complications atteignent surtout la classe ouvrière, la classe pauvre, c'est-à-dire surtout les Espagnols et les Israélites. Cela tient à leur mauvaise hygiène, leur malpropreté, leur misère même et leur tempérament lymphatique et herpétique. Aussi, que sur un terrain aussi favorable se développe du trachome, et les granulations auront vite fait leur œuvre destructive, parce que le malade, à l'intelligence bornée, ne veut pas consulter de médecins, parce que ensuite son organisme affaibli ne peut lutter contre la maladie. Il n'y a qu'en dernier lieu, lorsque les lésions sont devenues excessivement graves, lorsque l'on a enfin reconnu l'inefficacité des différents remèdes conseillés par les voisines, que l'on se décide à venir nous consulter. C'est alors que nous pouvons voir les tristes complications du trachome algérien : sous l'influence de l'irritation granuleuse, le bord libre des paupières est devenu d'un rouge violacé, toujours imprégné d'un liquide séro-purulent qui se sèche et forme à chaque bulbe pileux et à chaque angle de l'œil un amas de pus d'un jaune sale. Le nez se prend à son tour, se tuméfie et laisse suinter par les narines irritées un liquide gluant et corrosif qui laisse à la longue deux traînées rouges sur la lèvre supérieure. Mais ce n'est pas tout et presque toujours arrive une complication plus terrible encore : j'ai nommé le trichiasis, c'est-à-dire le contact constant des cils avec la cornée, position vicieuse due à un retournement du car-

tilage tarse. Le malade ignore assez longtemps la cause de sa gêne, il croit avoir « une poussière dans l'œil » et involontairement, pour s'en débarrasser, il cligne de l'œil. Le malheureux, pour lutter contre son mal, ne fait que l'aggraver,car les cils, balayant continuellement la cornée, la dépelissent d'abord l'enflamment ensuite ; il se produit alors du pannus, de la kératite et des ulcères, complications dont la conséquence est trop souvent la perte de la vue.A cela s'ajoute enfin la chute de la paupière supérieure ou ptosis. Le malade, à ce moment, présente un aspect absolument caractéristique. Pour atténuer la douleur causée par la lumière qui vient impressionner les terminaisons nerveuses mises à nu par la perte de substance des ulcères, il baisse la tête et tient ses mains en abat-jour sur les yeux. Pour empêcher ou lutter contre le spasme de l'orbiculaire, le malade contracte ses muscles du front et de la face, ce qui lui plisse le front et lui fait tomber les commissures labiales,d'où une grimace caractéristique que l'on pourrait appeler le «Rictus granuleux». Enfin, lorsque le malade veut se conduire, il penche la tête à droite ou à gauche, de façon à faire prendre à sa fente palpébrale rétrécie une position oblique de haut en bas, ce qui élargit son champ visuel. Tels sont les résultats immédiats du trachome mal soigné. C'est là une loi absolue et presque mathématique ; tout trachome mal soigné et développé sur un terrain affaibli, donne naissance, en peu de temps, à quatre nouvelles maladies : blépharite ciliaire, trichiasis, kératite et ulcères, dont chacune cause la suivante.

Après cette étude rapide des granulations et de leurs complications, revenons à nos statistiques. D'après la première, on voit que les ptérygions sont relativement assez fréquents. Nous avons émis l'hypothèse, dans le

chapitre précédent, que le ptérygion était probablement causé par la chaleur, par l'évaporation du globe oculaire, et l'on voit, en effet, que c'est aux mois d'été que nous le retrouvons en plus grand nombre. De plus, nous avons dit qu'il atteignait surtout ceux dont la vie se passe au grand air, les charretiers, gardes champêtres ou les chauffeurs, boulangers, cuisiniers, exposés à une source de forte chaleur. Or, ce sont là toutes positions que ne choisit jamais l'Israélite, et l'on peut voir dans la statistique n° 2 et son diagramme, que presque seuls les Espagnols, Musulmans et Français sont atteints. Tout cela semble bien confirmer ce que nous disions au chapitre précédent, où nous avons suffisamment parlé du ptérygion pour n'avoir point à y revenir ici. Les trois statistiques ci-dessus en disent assez par leurs chiffres.

Une chose frappera tout particulièrement dans la statistique n° 1 : c'est la rareté des maladies de réfraction, de la myopie, alors qu'en France elle forme, croyons-nous, une branche assez importante de la pathologie. Or, cette rareté peut s'expliquer assez aisément. C'est qu'en effet la population française est toute différente de l'algérienne. Celle-là, en effet, est beaucoup plus instruite que celle-ci, et l'ouvrier de France, son travail terminé, passe ses soirées à lire ou à écrire. De plus, beaucoup d'ouvriers, en France, sont occupés aux travaux fins des nouvelles industries (fabriques d'épingles, d'aiguilles, de dentelles, ateliers de couture, soieries, etc...) ; de sorte que tous ces gens là sont accoutumés à accommoder leur cristallin à la vision de près, au punctum proximum pourrait-on dire. Et cette accommodation anormale finit à la longue par devenir normale pour le cristallin, qui peu à peu perd l'habitude de s'accommoder à l'infini ; le malade ne voit plus les objets que de près et la myopie est constituée. Et voilà pourquoi

les myopes sont surtout des gens instruits, qui lisent ou écrivent beaucoup, ou encore les gens qui se livrent à des travaux fort minutieux. Que l'on cherche, au contraire, des myopes parmi les gens de mer, et l'on n'en trouvera pas parce qu'eux sont surtout habitués à regarder à l'infini.

En Algérie, le peuple est ignorant : il ne sait ni lire ni écrire ; nous ne parlons pas des indigènes, cela est naturel pour eux, mais de nos colons italiens, espagnols et même français. De plus, il n'existe pas encore de ces industries nouvelles qui exigent un travail minutieux et fatigant pour la vue. Il faut demander ici sa vie au travail musculaire, à ces gros travaux qui fatiguent le corps. Cela explique pourquoi nos ouvriers n'ont pas le temps de s'instruire et pourquoi, leur journée terminée, ils s'empressent de s'endormir pour réparer leurs forces et recommencer le lendemain. Quant aux indigènes, ils se livrent aussi à ces gros travaux, mais dès qu'ils ont gagné de quoi vivre un jour, ils s'arrêtent, se mettent à l'ombre et rêvent, les yeux perdus dans le vague. Et ce repos dure jusqu'à ce qu'ils n'aient plus de quoi se nourrir. Ils repartent alors chercher de l'ouvrage, et ainsi de suite.

Par conséquent, la population algérienne n'est pas accoutumée à l'accommodation de près, parce qu'elle est ignorante d'abord, parce qu'ensuite elle ne se livre à aucun travail minutieux, et son cristallin est tout au contraire habitué à l'accommodation des objets très éloignés.

Les indigènes, sur leurs montagnes, ont des horizons à perte de vue ; il en est de même pour les colons dans leurs champs, de sorte que ces gens-là, toujours habitués à regarder au loin, ont une vue beaucoup plus perçante que la nôtre. Ce sont surtout les Arabes sur les hauts plateaux qui sont surprenants ; on les voit tout à coup fixer le sommet de la montagne voisine, la main en abat-

jour sur les yeux; ils restent ainsi immobiles pendant un instant. Et l'Européen qui cherche à voir ce qui attire ainsi son attention ne voit rien ou qu'un petit point blanc qui se détache à peine de l'horizon. C'est un autre Arabe qui est apparu sur la crête. Ils se sont reconnus tous deux et vont se mettre à parler, à se renseigner mutuellement sur les nouvelles de leur village. Et cela sans cris, sans efforts. Ils parlent comme nous parlons à quelqu'un qui se trouverait à quatre ou cinq mètres de nous, mais en traînant longuement sur la fin de chaque mot, et alors que nous n'entendons rien, ils se comprennent à une quinzaine de kilomètres de distance, quelquefois plus. C'est que leur oreille s'est habituée à percevoir des bruits très éloignés, comme leur cristallin s'est accoutumé à accommoder à l'infini. Et voilà pourquoi on ne trouve jamais un myope parmi les indigènes ni parmi nos colons.

Or, que l'on jette les yeux sur la statistique n° II et l'on verra que les quelques individus atteints de myopie sont surtout des musulmans, ce qui semble absolument contraire à ce que nous venons de dire. C'est que nous avons été obligé de faire entrer dans la catégorie des musulmans, un petit peuple spécial, le peuple mozabite. Ces habitants du M'zab sont pour les Arabes ce que sont les Israélites pour nous. Chassés de leur pays par la misère, ils viennent en Algérie par besoin. C'est un peuple travailleur, intelligent et économe, et qui ne connaît qu'un métier, le commerce : tous les Mozabites sont épiciers (Moutchou). Ils s'installent dans une petite boutique qu'ils ne quittent pas un seul instant. Leur vue est toujours ainsi emprisonnée entre quatre murs. Lorsque leur journée est terminée, ils font leurs comptes à la lueur d'une chandelle et, le livre de comptes mis à jour, c'est le Coran qui prend sa place.

Et cette vie continue jusqu'à ce qu'ils aient amassé assez pour retourner chez eux. De sorte que leurs yeux, toujours habitués à la vision de près, arrivent rapidement à la myopie, et il est rare, en effet, de voir un Mozabite de 40 à 45 ans sans lunettes. Et voilà pourquoi notre statistique compte surtout parmi ses myopes des musulmans, car on ne saurait faire une case spéciale pour ce petit peuple de Mozabites.

Nous trouverons encore une donnée intéressante à tirer de nos statistiques : nous voulons parler de la fréquence relative des affections oculaires dues aux maladies vénériennes. On voit, en effet, que les ophtalmies purulentes, les iritis, les rétinites sont en assez grand nombre. Cela n'a rien d'étonnant pour celui qui connaît l'Algérie, et il faut en rechercher la cause dans le climat et dans le mélange des races. Sous l'influence de ce climat ardent, une fillette de 10 ans est déjà femme et un garçon de 13 à 15 ans n'a déjà plus rien à apprendre. Les sens, sous l'influence de la chaleur, se développent en effet beaucoup plus vite qu'en France. De plus, les mœurs sont très dépravées par le mélange des races qui existe en Algérie. Il est de règle, en effet, que deux peuples qui se fréquentent s'empruntent avant tout leurs vices ; or, l'Algérien a cinq ou six peuples à qui les emprunter et, parmi eux, le peuple arabe seul eût amplement suffi à dépraver ses mœurs. Aussi le nombre des maladies vénériennes à Alger est-il incroyable, et sur les quinze salles qui composent l'hôpital de Mustapha, cinq sont réservées aux vénériens et cela n'est pas encore suffisant. Pour pouvoir hospitaliser les cas les plus graves, et cela est presque incroyable, on ne reçoit pas à l'hôpital civil de Mustapha les malades atteints de blennorrhagie ou de chancres sim-

ples sans complications, et malgré cela, le service est toujours au complet.

On conçoit qu'avec ces nombreuses maladies vénériennes, qu'avec cette ignorance, cette incurie et cette stupidité du peuple que nous nous sommes efforcé de mettre en vue dans le chapitre précédent, le nombre des maladies oculaires dues à la syphilis ou à la blennorrhagie soit énorme en Algérie. Or, parmi tous les peuples d'Algérie, le peuple arabe est certainement le plus dépravé et l'on s'étonnera, à juste titre, en parcourant notre statistique n° 2, du peu de musulmans atteints d'ophtalmie purulente. C'est que si tous les Arabes sont syphilitiques, très peu sont atteints de blennorrhagie (nous ne parlons pas, bien entendu, des Arabes des villes). C'est qu'ils sont restés fidèles au Coran qui leur apprend que l'adultère est le plus grand des crimes et la plus sanglante des injures, que seule la mort du coupable peut effacer. « Sourire à une femme mariée, dit un proverbe arabe, c'est sourire à la mort ». Voilà pourquoi les femmes arabes sont cloîtrées dans des maisons sans fenêtres ; voilà pourquoi elles ne sortent que toutes ensemble pour aller chercher de l'eau ; voilà pourquoi tous les hommes d'un village s'entendent pour dénoncer au mari ou au père absent l'imprudent qui rôderait autour de sa demeure. On comprend qu'alors les Don-Juans arabes, en présence de tant de difficultés, sachent faire taire leurs sens pour n'obéir qu'à une sage prudence ou qu'aux sages conseils du Coran. Que certaines femmes soient atteintes de blennorrhagie, cela est, mais le mal ne se répand pas, ne sort pas du gourbi (maison arabe), parce que nul autre que le mari ne peut y venir puiser le germe, et c'est ce qui explique la rareté de la blennorrhagie chez les indigènes rustiques.

Parmi les maladies vénériennes nous parlions de réti-

nites, mais toutes ne sont pas syphilitiques et beaucoup sont dues à l'intoxication par le tabac ou par l'alcool. L'usage du tabac est, en effet, très répandu en Algérie, et d'autant plus que la modicité de son prix le met à la portée de toutes les bourses. Quant à l'alcool, c'est là un des principaux résultats de la civilisation française. C'est nous, Français, qui l'avons importé en Algérie et les indigènes ont vite su l'apprécier. Et ils le boivent sans désobéir au Coran, car Mahomet défend le vin, mais il ne parle pas de tous les autres produits et surtout de l'absinthe qu'il n'avait pas prévue. De plus, la soif, toujours vive en été, le besoin de stimulant l'ont fait accepter dans toutes les classes de la société et l'alcool produit alors des ravages d'autant plus grands qu'il agit sur des organismes débilités par la chaleur.

Nous arrivons maintenant à une question des plus intéressantes, celle des cataractes. On voit, en effet, d'après nos statistiques, qu'elles arrivent, comme nombre, de suite après le trachome et ses complications. Pourquoi donc sont-elles si fréquentes en Algérie ? C'est qu'en dehors des causes connues, il semble y en avoir certaines, et notamment deux spéciales à nos contrées, et sur lesquelles on n'a, croyons nous, jamais insisté.

Tout d'abord la chaleur. Sous son influence, pourquoi le cristallin ne se déssècherait-il pas, ne laisserait-il pas évaporer l'eau qu'il contient et qui le maintient transparent ? C'est, comme on le voit, une hypothèse semblable à celle que nous avons émise pour expliquer le nombre des ptérygions en Algérie et qui repose sur des raisons à peu près semblables. Tout d'abord, les régions les plus chaudes sont celles qui en fournissent le plus de cas, nous l'avons remarqué souvent. De plus, comme le ptérygion, la cataracte atteint surtout ceux qui par leur métier sont

exposés continuellement à l'air (voituriers, gardes champêtres), ou à une source de chaleur trop forte (chauffeurs, boulangers, forgerons). Enfin nous avons été frappé, pendant notre séjour comme interne à la clinique ophtalmologique, de voir que presque toutes les cataractes étaient doubles d'emblée, qu'elles se présentaient par séries, presque par saisons, et que surtout, presque toujours, elles débutaient par le centre du cristallin, c'est-à-dire par son point qui se trouve être le plus rapproché de la cornée, et par son intermédiaire, de l'air extérieur. N'y a-t-il pas là une relation bien étroite, un rapport de cause à effet entre la chaleur et la cataracte ? Voilà ce que nous ne saurions affirmer actuellement, mais que nous nous proposons d'étudier dans la suite.

Telle est, en dehors des causes connues, la première cause présumée de cataracte que nous tenions à énoncer. Or, il en existe une seconde en Algérie, qui est, croyons-nous, indéniable. Nous voulons parler de l'intoxication par l'ergot de seigle. C'est là une hypothèse à laquelle nous avions pensé à la suite des circonstances suivantes :

Observation IV

Le 20 janvier 1900, une indigène d'une trentaine d'années, Fatima bent B..., vint nous consulter pour une cataracte double ; elle était atteinte, en outre, d'une gangrène de l'auriculaire gauche et nous apprit que depuis plusieurs mois « elle tombait à terre et se tordait les membres ». Aucune marque d'hystérie.

La malade nous dit, en outre, que depuis 2 ans elle avait eu trois fausses-couches de 1 à 3 mois. Cependant nous

ne trouvâmes aucune trace de syphilis. Cette cataracte double à un âge aussi jeune nous paraissait extraordinaire surtout que la malade assurait n'avoir eu aucun traumatisme du globe oculaire, et les autres symptômes qui l'accompagnaient nous firent penser à une intoxication. Nous priâmes la malade de revenir dans huit jours de façon à lire les principales intoxications dont nous n'avions qu'une connaissance fort insuffisante. Les avortements répétés, les convulsions, les gangrènes, nous firent penser à l'ergotisme, mais il n'y était pas question de cataracte. Lorsque la malade revint, elle ne put nous donner aucun renseignement utile sur son alimentation. Elle fut opérée le 3 janvier.

Un grand point d'interrogation resta dans notre esprit et nous nous promîmes d'étudier la question dès que nous le pourrions.

A quelque temps de là, un nouveau cas, à peu près semblable, vint nous rappeler notre hypothèse.

Observation V

Un Kabyle de 20 à 25 ans, Dekimèche Tahar B. M..., vint nous trouver au mois de mars pour une cataracte double et nous dit que dans son village « c'était comme une épidémie ». Etant occupé chez un colon français, celui-ci lui avait conseillé de venir à la clinique ophtalmologique. Cette cataracte nous rappela notre mauresque et nous examinâmes plus à fond notre malade. Pas de convulsions. Rien du côté du sens génital. Gangrène des deux derniers orteils du pied droit, qui sont noirs, secs, indolores et insensibles. Un sillon se forme qui tend

à les séparer du pied. Nous demandâmes alors au malade quelle était sa nourriture : « des fruits noirs, répondit-il, de l'huile, de la galette arabe et du couscous fait avec du bechna, de l'orge, du seigle et quelquefois du blé ».

Le mot de « seigle » (en kabyle Akahoul) vint affermir notre hypothèse, et n'ayant vu nulle part mentionner la cataracte par ergotisme, nous résolûmes d'étudier la chose sur place. C'est pourquoi, en 1902, nous allâmes passer nos vacances à Bougie (centre de la Kabylie), où nous eûmes la bonne fortune de rencontrer M. le docteur Legrain qui, comme nous et avant nous, avait reconnu et étudié l'ergotisme chez les Kabyles. Il en avait un cas à la prison de Bougie, dont il est le médecin, et il eut l'amabilité de nous y mener et de nous montrer la malade dont voici l'observation.

Observation VI

Cherifa bent Mohamed ben T..., âgée de 24 ans (?), est entrée à la prison civile de Bougie, le 7 janvier 1901, pour avoir étouffé son enfant et sur la dénonciation des voisins qui assurent qu'elle a déjà avorté plusieurs fois. Etant folle ou simulant la folie, elle est actuellement en observation : c'est dire qu'elle ne peut nous donner aucun renseignement. Ceux qui suivent nous ont donc été fournis par M. le docteur Legrain lui-même.

A son entrée, la malade s'était plaint d'une douleur entre les deux épaules et il lui était impossible de se tenir debout : ses jambes fléchissaient et la malade tombait. Les réflexes étaient absolument abolis et la sensibilité

très amoindrie à gauche, un peu moins du côté droit. — Actuellement la malade se tient debout, quoique encore avec un peu de difficulté, ses réflexes redeviennent peu à peu normaux, surtout du côté droit. Son corps est couvert, surtout aux extrémités, d'une éruption pustulo-vésiculaire et de nombreuses lésions de grattage. Les orteils du côté gauche sont légèrement rouges et œdématiés. Enfin, la malade est atteinte d'une cataracte double qui remonterait, paraît-il, déjà à quelques mois. M. le docteur Legrain nous apprit, en outre, qu'elle venait du Douar Kandira, qui lui avait déjà fourni plusieurs cas d'ergotisme, et il nous remit un article intitulé « L'ergotisme en Kabylie », qu'il avait fait paraître dans la *Revue d'hygiène* d'avril 1898, tome XX, n° 4.

Avant de citer ses principaux passages, qu'il nous soit permis de remercier ici M. le docteur Legrain (de Bougie) des conseils et renseignements qu'il nous a si aimablement donnés et qui nous ont facilité l'étude de cette intéressante question.

Voici maintenant le résumé du chapitre de M. le docteur Legrain : on pourra voir qu'il coïncide absolument avec nos observations personnelles précédentes ; nous ne ferons que citer les principaux passages, ceux qui touchent de plus près la question :

« ..... Il existe dans les douars kabyles les plus misérables tout un complexus morbide absolument spécial, n'ayant son analogue que dans les relations des épidémies d'ergotisme telles que les ont données les auteurs des siècles précédents.

» Le point de départ de mes recherches à ce sujet a été le suivant : j'ai été frappé, il y a quelques années, du nombre considérable d'individus réputés galeux et à qui, sous ce prétexte, les pharmaciens et guérisseurs de tout

genre débitent des kilos de pommade soufrée. En réalité, la gale n'est pas très commune chez les indigènes, et d'ailleurs le porteur de l'acare s'en préoccupe fort peu, pas plus d'ailleurs que de ses parasites habituels, le pou et la puce.

» Il faut savoir, en effet, que l'indigène n'a pas l'exquise sensibilité qui nous caractérise (cette phrase vient confirmer ce que nous disions pour les mouches, il y a un instant); il n'est, en général, nullement incommodé par la gale et ne songe guère à la soigner lorsqu'il en est porteur... et c'est précisément en examinant de près ces indigènes qui accusaient une sensation de chaleur avec démangeaisons intolérables que j'ai soupçonné l'existence du feu de Saint-Antoine chez les populations misérables des régions montagneuses de la Kabylie.

» Parmi les indigènes atteints de ces démangeaisons, plusieurs m'ont présenté des dermatoses atypiques sur lesquelles je reviendrai ; en outre, un fait sur lequel certains indigènes ont insisté près de moi, c'est la fréquence des gens qui perdent la vue à la suite de ces accidents prurigineux, et les légendes ne manquent pas en Kabylie pour expliquer ce fait.

» En 1895, cherchant des cas de lèpre en Algérie, je montrai des photographies de lépreux, entre autres des photographies de lèpre mutilante, au cheik d'une région pauvre de la chaîne des Babord. Je lui demandai si, parmi ses administrés, il en connaissait dont les doigts finissaient par tomber au bout de plusieurs années. Il me répondit affirmativement, me disant que, chez des sujets, la chose allait même beaucoup plus vite : les doigts et parfois même les pieds et les jambes tombaient en quelques jours. Peu après il m'envoyait deux malades : l'un atteint de gangrène sèche de l'index de la main gauche,

l'autre de gangrène des quatre derniers orteils du pied gauche.

» Jusqu'en août 1896, j'eus l'occasion de rencontrer sept cas de ces gangrènes des extrémités, complétant ainsi le tableau clinique que j'observe depuis quelques années en Kabylie et dont je vais reprendre, avec quelques détails, les points principaux :

Prurit et démangeaisons intolérables ;

Dermatoses pemphigoïdes et exfoliation atypique ;

Cataractes doubles ;

Gangrène des extrémités. »

Pour ce qui est du prurit, nous ne suivrons pas M. le docteur Legrain dans sa description, la chose nous paraissant un peu en dehors de notre sujet. Nous nous bornerons simplement à énumérer les principales particularités de ce prurit, qui est intolérable, débute sans aucune lésion cutanée, et ne se manifeste, au bout de quelques jours, que par des lésions de grattage banales : croûtes et suppurations. De plus, ce prurit est une maladie d'automne et de printemps ; elle est dite gale de Bechna (Sorgho), gale de maïs, gale d'hiver et se montre à la même époque d'autant plus que l'année a été plus humide.

Quant aux dermatoses atypiques, voici en peu de mots les caractères que leur donne M. le docteur Legrain. Le processus est celui-ci : démangeaisons pendant plusieurs jours, éruption vésiculeuse bientôt confluente et desquamations, l'épiderme s'en allant par grands lambeaux. Etat général excellent. Pas de fièvre. Prurit venant la plupart du temps après l'éruption vésiculeuse. Possibilité d'infections secondaires. Les dermatoses sont souvent prises au début pour de l'eczéma, dont elles diffèrent d'ailleurs à plus d'un titre. Traitées par l'acide picrique, après la desquamation, elles guérissent en quelques jours et peu-

vent récidiver au cours de nouvelles poussées de prurit. « J'ai, dit-il, de la tendance à rattacher ces dermatoses atypiques à l'ergotisme, car je les ai constatées au cours de ces prurits qui par leur caractère, leur époque d'apparition, etc., me semblent être sous la dépendance de l'ergotisme. Et, en effet, cette description n'est-elle pas analogue à ces « changements de peau » que nous décrivent les historiens de l'ergotisme ? »

Nous arrivons maintenant à l'étude de la cataracte elle-même et voici comment M. Legrain s'exprime à son sujet :

« La fréquence de la cataracte est une particularité bien connue en pays kabyle et la comparaison de la pathologie oculaire dans le sud algérien et dans la Kabylie est bien instructive à cet égard. Dans le sud, ce qui domine la pathologie oculaire, c'est la suppuration. Les ophtalmies et leurs suites (ulcères de la cornée, iritis, etc.) exercent leurs ravages avec une rapidité contre laquelle toute thérapeutique est souvent impuissante. Puis vient le trachome et ses complications ; la cataracte est une rareté... »

Sur ce point, nos idées sont différentes de celles du docteur Legrain. Nous estimons, en effet, d'après les renseignements que nous nous sommes procurés, d'après les mœurs des indigènes, d'après nos statistiques enfin, que l'ophtalmie n'est pas plus fréquente dans le sud que dans le nord de l'Algérie et que les iritis, les ulcères de la cornée et autres complications que M. Legrain attribue à l'ophtalmie, doivent, selon nous, être attribués au trachome qui règne en maître aussi bien dans le sud que dans le nord.

« En Kabylie, au contraire, dit M. Legrain, les ophtalmies sont relativement bénignes. Exceptionnelles en hiver et au printemps (et cela concorde bien avec ce que

nous avancions plus haut), elles sévissent à l'état épidémique vers la fin de l'été. Puis vient l'inévitable trachome et, dans certaines régions, la cataracte, principalement la cataracte double, qui est d'une extrême fréquence.

» Les cataractes surviennent la plupart du temps en quelques semaines et sans affection oculaire antérieure. Il y a des années à cataractes, il semble qu'elles soient épidémiques...

» ... Je ne puis entrer ici dans le détail de ces observations de cataractes. Mais les commémoratifs, l'époque d'apparition, le genre de vie des indigènes, plaident en faveur de ma thèse. Chez plusieurs malades que j'ai vus, il existait encore des vertiges et des fourmillements qui m'ont semblé devoir être rapportés aux manifestations d'une intoxication mitigée. Enfin la diminution des réflexes rotuliens ou même leur abolition est un phénomène bien fréquent dont l'existence permet avec beaucoup de probabilité de conclure à l'ergotisme.

» Je crois, pour toutes ces raisons, être autorisé à supposer que l'ergotisme est la cause « principale » des cataractes qu'on rencontre avec une fréquence extrême dans les douars kabyles les plus misérables. Peut-être faudrait-il rapporter à la même cause certains cas d'amaurose fréquents chez les Kabyles. »

Enfin M. Legrain parle des gangrènes qui accompagnent fréquemment ces cataractes et il en cite plusieurs observations : 1° gangrène des quatre derniers orteils du pied gauche chez une Kabyle de 25 ans, avec élimination des orteils gangrénés ; 2° gangrène du médius de la main droite chez un indigène de 35 ans, avec élimination aussi; 3° gangrène des deux derniers orteils du pied gauche chez une Kabyle de 20 ans : élimination ; 4° gangrène massive symétrique des extrémités inférieures chez un

Kabyle de 25 ans : amputation ; 5° gangrène de l'avant-bras gauche chez une Kabyle de 12 ans : amputation ; 6° gangrène symétrique des pieds chez une Kabyle de 15 ans : les pieds tombent dans le bain qu'on lui donne !! etc. etc.

Or, dans l'étiologie de ces gangrènes on ne peut incriminer ni infection primitive (septicémie, charbon, streptococcie, etc.), ni désorganisation cellulaire par contusions, compressions, brûlures ou froidures ; ni troubles vasculaires, embolies ou thrombose) ; la gangrène sèche ne peut être soupçonnée, pas plus d'ailleurs que l'endartérite oblitérante de Friedlander ; ni lésions encéphaliques ou médullaires primitives : le seul trouble noté est la diminution des réflexes ; ni enfin la cachexie paludéenne à laquelle on a parfois rattaché toute la pathologie exotique.

D'autre part, ces gangrènes en Kabylie ont des caractères spéciaux :

a) Elles se présentent chez des sujets jeunes.

b) Elles se produisent surtout en automne et au printemps.

c) Sans exception, elles proviennent des douars les plus pauvres et les plus misérables de l'Algérie, où les céréales avariées sont souvent consommées sans aucun triage.

« Pendant un séjour de quatorze mois dans les oasis du Sahara, je n'ai, dit le docteur Legrain, rien vu de comparable à ce que m'ont présenté les douars kabyles les plus misérables. Le fait s'explique, si l'on songe que les céréales consommées à cet endroit proviennent des environs de Biskra, où la chaleur sèche est moins propice au développement des maladies cryptogamiques que l'humidité des vallons encaissés du Djurjura et du Babor. »

d) S'il y a des pays à gangrènes, des saisons à gangrènes, il y a aussi des années où elles se montrent avec

une assez grande fréquence; cela dépend de l'humidité ou de la sécheresse de l'année.

e) Enfin, ces gangrènes ne se montrent pas seules et sont accompagnées de tout un cortège morbide dont nous venons de voir les principaux traits.

Tous ces accidents seraient dus, d'après M. le docteur Trabut (d'Alger) et M. le professeur Vuillemin (de Nancy), auxquels s'est adressé M. le docteur Legrain, soit aux claviceps de l'orge kabyle, soit à des ustilago que les Américains reconnaissent jouir des propriétés analogues à l'ergot, soit enfin à une association toxique de l'ustilago et du claviceps.

Citons enfin, et comme pour résumer le tout, l'entretien caractéristique qu'eut M. le docteur Legrain avec un chef indigène très observateur, le cheik Belkassem de Seddouk, arrondissement de Bougie, dont voici les paroles :

« Mais nous connaissons bien les accidents produits » par les bechnas (sorghos indigènes) et les orges char- » bonneux. Mes administrés sont répartis en deux régions » bien distinctes, la montagne et la plaine. Le charbon » du maïs, très abondant dans la plaine, est moins fré- » quent dans les cultures en montagne. Chez les gens » pauvres, on fait mal le couscous : pour ne rien perdre, » on broie tous les grains sans triage. Les gens aisés » laissent leur orge et leur maïs séjourner plusieurs heu- » res dans une eau courante ; le charbon s'en va sous » forme d'une poussière flottante noirâtre ; le couscous » préparé avec ce grain est excellent. Les galettes et le » couscous fabriqués, au contraire, avec les grains non » triés, sont nuisibles à la santé et produisent une gale » spéciale, fréquente surtout chez les gens de la plaine » (gale de maïs, gale d'automne), qui ne disparaît qu'avec » la chaleur du printemps. En même temps que ces

» démangeaisons, il se produit aussi souvent des épidé-
» mies de convulsions : c'est ainsi que j'en ai observé
» une au village d'Amagaz, où plusieurs personnes sont
» restées cantonnées. Les gangrènes des membres sont
» assez fréquentes et sont en général symétriques. »

Et il citait l'exemple d'un indigène mort l'année précédente chez lui d'une gangrène symétrique, dont le sillon s'était fait au tiers de la cuisse, et celui d'un autre indigène qui avait été atteint d'une gangrène symétrique s'arrêtant aux mollets et qui marchait avec ses pieds « noirs et secs comme du bois ».

Comme on le voit, la cataracte par ergotisme existe réellement en Algérie, et elle doit reprendre dans le cadre nosologique la place que lui avaient assignée plusieurs auteurs allemands du siècle dernier ou des siècles précédents et quelques observateurs français tels que Mulcaille, Salerne, Saillant, Read, Buddaens, Thomas Willis, Boutius, Müller, Hoffman, Rothman, Taube, Zwinger, etc., qui ont chacun observé un des caractères principaux de l'ergotisme.

En nous basant sur les observations de M. le docteur Legrain et sur nos observations personnelles, nous pouvons donc faire le tableau suivant de la cataracte ergotique :

1° Cataracte double ;

2° Se montrant chez des sujets jeunes des contrées humides et pauvres de la Kabylie, sans lésions antérieures de l'œil ;

3° Accompagnée d'un des gros symptômes suivants ou de plusieurs d'entre eux : prurit périodique, lésions de grattage, dermatoses atypiques, diminution ou abolition des réflexes et de la sensibilité, convulsions, gangrène des extrémités et avortements répétés.

Telle est la cataracte que nous tenons à signaler ici. Nous ne parlons pas de sa pathogénie : nous ne la connaissons pas et laissons à d'autres le soin de l'étudier, à moins que, plus heureux, nous n'en ayons le temps nous-même.

Après cette digression sur la cataracte ergotique, revenons à nos statistiques et donnons-leur un coup d'œil d'ensemble avant de les quitter. Nous serons frappé, d'une part, du nombre énorme du trachome et de ses complications, de l'autre du nombre minime, par rapport à lui, de toutes les autres affections oculaires. De sorte que nous pouvons dire que si, en Algérie, le trachome n'existait plus, il n'y aurait presque plus de maladies oculaires.

C'est donc le traitement du trachome et de ses complications qui fera l'objet du chapitre suivant, où nous nous efforcerons d'exposer le résultat consciencieux de trois années d'études et d'expériences.

CHAPITRE III

Maintenant que nous connaissons l'ennemi, voyons comment il nous faut le combattre. Nous diviserons notre chapitre en deux parties : d'un côté, la lutte contre les causes ; de l'autre, le traitement des lésions déclarées.

Nous commencerons par la prophylaxie : d'abord pour suivre l'ordre naturel des choses, ensuite parce que cette partie est au moins aussi importante que la suivante.

Le point capital nous semble être l'instruction de toutes les races et c'est aux instituteurs que ce soin incombe. Ils le feront d'ailleurs d'autant plus facilement et volontiers qu'ils sont déjà de petits collègues pour nous. On a eu, en effet, l'excellente idée, en Algérie, d'initier les jeunes gens qui se destinent à être instituteurs, aux grosses choses de la médecine pratique et de chirurgie courante, de façon qu'ils puissent, lorsqu'ils sont dans des villages éloignés de tout centre, donner à un blessé ou à un malade les soins d'urgence que nécessite son état. Il y a d'ailleurs des cours spéciaux pour eux à l'hôpital de Mustapha, et, vu l'assiduité et l'intérêt qu'ils y apportent, il serait à souhaiter qu'à ces notions de médecine et de chirurgie, on ajoutât quelques notions d'ophtalmologie.

Cette étude, qui les intéresserait, ne resterait certainement pas sans profit et ils pourraient, connaissant les causes et les dangers du trachome, en parler mieux à leurs élèves, leur donner les habitudes d'une hygiène et d'une propreté plus rigoureuses, isoler les petits granuleux et surtout enlever à tous, les vieux préjugés dont nous parlions plus haut : crainte du médecin, mauvais soins, etc...

Ce sont là des auxiliaires intelligents et qui nous rendent déjà de grands services. Il suffirait de les instruire un peu plus au point de vue médical pour qu'ils nous en rendent encore davantage.

Si le rôle des instituteurs de campagne est important, celui des médecins de colonisation l'est encore bien plus. Nous ne saurions parler d'eux sans faire ici leur éloge. Ils en sont, en effet, bien dignes, ces modestes travailleurs, qui sacrifient leur jeunesse et souvent leur santé pour aller, dans les centres éloignés, travailler sans bruit et sans relâche pour le bien de l'humanité. C'est à eux que l'on doit la plus grande partie des connaissances que nous possédons sur la fièvre palustre ; c'est de leurs rangs que sont sortis la plupart des hommes dont les noms honorent aujourd'hui l'Algérie, et c'est enfin d'eux que nous attendons encore de précieux renseignements. Jusqu'à présent, ils se sont surtout occupés de la Malaria, mais maintenant qu'elle est à peu près vaincue, ne serait-il pas temps de se tourner contre le second ennemi qui nous menace, contre le trachome ?

Il faudrait d'abord que tout médecin de colonisation soit dans l'obligation de fournir un certificat constatant son passage dans un service d'ophtalmologie. De plus, profitant de l'estime, de la confiance, de la reconnaissance dont ils sont l'objet de la part des indigents qu'ils soignent gratuitement, il serait utile qu'ils fissent de temps

en temps quelques conférences à la portée des classes ouvrières, de façon à montrer à ceux qui les composent le danger du trachome et de ses complications, l'utilité des soins précoces et surtout le danger qu'ils courent en se faisant soigner par tous ces guérisseurs de contrebande qui, sous prétexte de leur soigner les yeux, les leur perdent la plupart du temps. Et il n'est pas un village où le médecin ne puisse montrer comme exemples quelques malheureuses victimes de pareils traitements. Du jour où la classe indigente aura compris cela, le trachome, soigné à temps par des médecins qui le connaîtront à fond, commencera à perdre pied et à abandonner peu à peu les régions qu'il avait envahies. Le plus difficile sera de le faire comprendre aux indigènes et de capter leur confiance ; c'est à la civilisation qu'il faut demander ce résultat, que malheureusement nous n'obtiendrons pas avant de longues années : ce sera là le dernier repaire du trachome.

Un rôle important est aussi réservé dans cette question aux municipalités. Elles devront, par tous les moyens possibles, s'efforcer de procurer le bien-être social, qui entraîne à sa suite le bien-être physiologique. Elles devront surtout s'efforcer de faciliter les soins aux indigents, en mettant à leur disposition des pharmacies mieux montées qu'elles ne le sont. On y trouve, en effet, tous les gros médicaments usités en médecine ; mais, au point de vue ophtalmologique, à part un collyre au nitrate d'argent ou au sulfate de cuivre, on ne trouve plus rien. Il faut donc que chaque commune possède une pharmacie gratuite pour les indigents, où le médecin puisse trouver tous les médicaments dont nous allons parler un peu plus loin. La dépense, très minime, serait pleinement justifiée par les bons résultats obtenus.

Une autre précaution utile serait la surveillance sévère des pensions, collèges, lycées et écoles. Tous les élèves devraient être visités au moins une fois toutes les deux semaines et tout granuleux expulsé jusqu'à complète guérison. A Alger, cette mesure sanitaire est très sévèrement observée par la plupart des établissements libres. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour toutes les écoles d'Algérie, y compris celles du gouvernement ?

Enfin et pour terminer, nous souhaitons des lois sévères contre tous ces guérisseurs qui exercent un véritable métier auquel ils n'ont aucun droit ou qui, par bonté d'âme, veulent indiquer aux malades des remèdes excellents et que les médecins ne connaissent pas.

C'est un véritable exercice illégal de la médecine qui tombe sous le coup de la loi ; et il nous semble qu'il devrait être permis à ceux qui en ont été les victimes, d'avoir recours contre eux devant les tribunaux et de leur demander de forts dédommagements.

Ce serait, croyons-nous, la seule façon de diminuer le nombre de toutes ces personnes qui, sans aucun droit, se permettent de soigner à leur façon les malades assez stupides pour se confier à elles.

Ceci dit, abordons maintenant l'étude du traitement proprement dit.

Il y a quelques années encore, on se servait, à la clinique ophtalmologique de Mustapha, de différents agents thérapeutiques, que je vais rapidement passer en revue, pour la conjonctivite et le trachome.

Pour la conjonctivite catarrhale, voici en peu de mots quel était le traitement classique : lavages à l'eau boriquée tiède, puis instillations de collyre au nitrate d'argent de 0,50 centigrammes à 2 grammes pour 100 grammes dans les culs-de-sac conjonctivaux, ou application de ce collyre

sur les paupières retournées. Neutralisation à l'eau salée, puis vers la fin de la maladie, collyre au sulfate de zinc à 1 pour 1000 ou au sous-acétate de plomb. Par ce traitement, la conjonctivite catarrhale durait en général une huitaine de jours.

Pour la conjonctivite granuleuse, le traitement était encore plus compliqué. Il fallait d'abord combattre les accidents inflammatoires de la conjonctive à l'aide des médicaments énumérés plus haut, puis se servir chaque jour de cautérisations au sulfate de cuivre en cristaux et de différents collyres au sulfate de cuivre, de zinc, ou au sous-acétate de plomb à doses plus élevées que précédemment.

Comme on le voit, la pluralité même de ces médicaments semble indiquer, non pas leur inefficacité, puisque l'on obtenait ainsi des guérisons tardives il est vrai, mais au moins leur insuffisance. Et que de diversité dans les opinions ! les uns préférant le sulfate de cuivre, les autres le sulfate de zinc, d'autres enfin le sous-acétate de plomb. D'ailleurs, chacun de ces agents thérapeutiques a son mauvais côté. Le sulfate de cuivre, lui, n'est qu'un irritant et ne saurait être employé chaque jour sans accidents, nous l'avons vu plusieurs fois à la clinique. Il fut surtout employé pour remplacer cette ancienne méthode barbare qui consistait à inoculer du pus blennorrhagique sous des paupières granuleuses. Il se produisait alors une irritation de la conjonctive, une conjonctivite purulente, et cette deuxième maladie dévorait la première. Mais c'était là un remède un peu trop énergique, car on transformait ainsi une affection moins grave en une maladie excessivement dangereuse et la perte de l'œil en était trop souvent la conséquence.

Or, le sulfate de cuivre est beaucoup moins dangereux il est vrai, mais beaucoup moins efficace aussi.

Le sulfate de zinc était un excitant aussi. Mais son action était peu énergique. Nous n'avons d'ailleurs jamais entendu dire ou vu ce médicament apporter une guérison dans un cas de trachome avéré. De plus, pendant tout notre stage à la clinique ophtalmologique, nous ne l'avons jamais vu employer par notre maître, et nous croyons être autorisé, dès lors, à le considérer comme tombé dans l'oubli au point de vue ophtalmologique.

Quant au nitrate d'argent enfin, son emploi doit être excessivement modéré, car, même entre des mains habiles, c'est une arme trop dangereuse. Nous avons vu, en effet, des yeux soignés au nitrate d'argent par des oculistes distingués présenter des taies de la cornée caractéristiques. Et cependant ces oculistes avaient pris certainement toutes les précautions nécessaires pour en neutraliser l'excès. A plus forte raison ne faut-il pas le laisser entre les mains du malade.

Tons ces médicaments, que nous venons de juger peut-être un peu trop sévèrement, voudrions nous donc les voir disparaître de l'ophtalmologie ? Non, car ils ont vraiment leur utilité, mais en tant que moyens adjuvants seulement. Tout l'honneur de la guérison doit revenir, pour les conjonctivites, à un agent thérapeutique que l'on devrait employer presque aveuglément (s'il nous est permis de nous exprimer ainsi) et d'une façon systématique : nous avons nommé le « Protargol ». Etudions donc ce sel et voyons quels peuvent être ses avantages et ses inconvénients.

Le protargol est une combinaison d'argent avec des substances protéiques. L'argent qui entre dans sa composition n'est pas sous une forme masquée, mais en

combinaison intime et stable avec la molécule de ces substances. La teneur en argent des différents sels est la suivante :

Azotate d'argent.	63,5 0/0
Protargol.	8,3 0/0
Argentamine.	6,35 0/0
Argonine	4 0/0

Le protargol est une poudre fine, de couleur jaune clair, facilement soluble dans l'eau simple ou alcalinisée, dans la glycérine, le sérum sanguin et dans les solutions d'albumine. Les solutions aqueuses, d'une couleur brun jaunâtre mais parfaitement claires, ne donnent aucun précipité par l'addition des alcalis, le chlorure de sodium, les sulfures alcalins, l'albumine, les acides faibles ou dilués. L'acide chlorhydrique concentré donne un précipité avec les solutions de protargol ; seulement, le précipité n'est pas de chlorure d'argent, comme l'on pourrait s'y attendre, mais de protargol, qui se redissout si l'on étend la solution avec de l'eau. Les anesthésiques comme la cocaïne, l'eucaïne, l'holocaïne, la tropococaïne, ne sont pas précipités de leur solution par le protargol et peuvent même entrer en combinaisons heureuses avec lui (Darier). Les solutions de protargol ne se coagulent pas et ne changent pas de couleur sous l'influence d'une douce chaleur, tandis que si la température à laquelle on l'expose est trop élevée et trop prolongée, elles deviennent noires. Elles peuvent aussi rester assez longtemps exposées à la lumière sans subir aucun changement. Pour obtenir la dissolution complète, qui est soluble jusqu'à 30 pour 100, il suffit d'ajouter la quantité d'eau nécessaire.

On peut préparer une solution de protargol de plu-

sieurs façons. Soit en le triturant dans un mortier ; mais dans ce cas, il est nécessaire d'humecter d'abord ce dernier ainsi que le pilon avec un peu de glycérine (une goutte de glycérine par 0, 10 cent. de protargol) ; soit sans trituration : c'est la méthode la plus simple et qui est usitée à l'hôpital de Mustapha. On répand avec précaution la dose de protargol voulue sur la surface de la quantité d'eau froide nécessaire de façon que le produit y forme une couche uniforme. On laisse reposer et la dissolution s'opère d'elle-même. Les solutions de protargol doivent toujours être préparées avec de l'eau froide, et il ne faut en aucun cas les chauffer après. Il faut les conserver dans des flacons de couleur jaune et éviter le contact avec les métaux. Quant aux procédés de fabrication de protargol lui-même, ils ne sont connus que du fabricant Bayer.

Ce sel, moins fort que le nitrate d'argent, présente sur lui de gros avantages : c'est un antiseptique, c'est un calmant et ce n'est pas un caustique. Ce n'est donc pas un médicament dangereux, il peut être employé par la main la plus inhabile. On peut, en effet, l'employer en solutions assez concentrées, jusqu'à 25 0/0 sans courir aucun danger et l'on peut absolument noyer l'œil du malade sans aucun risque pour lui. Nous avons dit que c'était un calmant ; nous l'avons, en effet, plusieurs fois remarqué et ressenti même. Dans la conjonctivite granuleuse, il fait presque instantanément disparaître ce picottement si désagréable dû à l'inflammation de la muqueuse. De plus, il peut être supporté par tous les organismes et son instillation est absolument indolore, ce qui le rend précieux pour les enfants surtout. Enfin, après les cautérisations au sulfate de cuivre, qui sont, comme on le sait, excessivement douloureuses, une goutte de protargol forme un précipité d'un jaune verdâtre et enlève instan-

tanément la douleur. En somme, le protargol a tous les bons effets du nitrate d'argent sans en avoir les inconvénients. C'est donc le médicament de choix dans toute conjonctivite non purulente. La seule chose à lui reprocher est sa ressemblance avec la teinture d'iode, ce qui a donné quelquefois lieu à des méprises fâcheuses. Nous nous rappelons toujours trois cas de cette espèce où les malheureuses victimes de leur erreur perdirent la vue en quelques minutes, même pas une heure, malgré les irrigations d'eau qu'elles se sont faites immédiatement après leur méprise. Le temps d'arriver à l'hôpital et l'œil s'était complètement vidé. Aussi, avons-nous l'habitude, lorsque nous ordonnons du protargol à nos malades, de leur recommander de jeter leur teinture d'iode s'ils en ont.

On peut employer le protargol en deux solutions : une faible à 5 p. 100 pour tous les jours, et une forte à 25 p. 100 qui ne doit servir qu'une à deux fois par semaine.

Pour la conjonctivite catarrhale simple, il suffit d'une instillation soir et matin de la solution faible ; au bout de quelques jours, trois ou quatre généralement, le malade est complètement guéri. Ces faits s'observent journellement à la clinique ophtalmologique.

Quant à la conjonctivite granuleuse, le traitement est plus compliqué. Le protargol en fait le fond, mais il a besoin d'un certain nombre d'adjuvants dont l'indication varie suivant les lésions. On ne peut, en effet, formuler un traitement-type des granulations, car on soigne avant tout des granuleux. Cependant, voici à peu près la conduite la plus générale que nous suivions à la clinique :

A la vue d'un granuleux, et les granulations une fois bien reconnues, ce qui est quelquefois assez délicat, il faut se rappeler que l'individu porteur d'une pareille lésion a généralement un tempérament faible, lymphatique ou

scrofuleux. Il faut donc, d'une part, faire cesser cette faiblesse de constitution, soigner d'autre part la lésion oculaire, c'est-à-dire que deux traitements s'imposent : un traitement général et un traitement local.

Le traitement général a pour but, évidemment, de fortifier l'organisme, de l'aider en un mot à guérir sa lésion. Il faudra, par conséquent, ordonner les fortifiants ordinaires : huile de foie de morue en hiver, sirop d'iodure de fer en été, Il faudra, en outre, veiller à l'hygiène du malade ; c'est là une des causes les plus favorables au trachome, nous l'avons souvent reconnu à la clinique. Un malade habitant un endroit malsain, se nourrissant mal, ne prenant que des soins rudimentaires de propreté, est un terrain où le trachome évolue avec une rapidité surprenante. Voilà pourquoi, chez l'Espagnol, le Juif et l'Arabe pauvres, le trachome fait de si grands ravages et en si peu de temps, tandis que chez les gens aisés, où l'hygiène est meilleure, les granulations sont considérées comme une affection bénigne. Il faudra donc sortir le malade de son milieu et lui donner les habitudes d'une hygiène mieux comprise et plus rigoureuse. Si le malade le comprend, il a déjà fait un grand pas vers la guérison, il rend sa lésion guérissable ; tandis que s'il continue à végéter comme il le faisait, les soins les mieux donnés resteront presque sans effet et les accidents récidiveront presque fatalement ; il sera, en tous cas, impossible d'éviter les complications de la conjonctivite granuleuse, trichiasis, kératite, ulcères cornéens etc... De plus, il est bon, surtout chez les enfants, d'ordonner de grands lavages des fosses nasales, à l'aide d'eau boriquée tiède, car c'est bien souvent là une cause d'inflammation permanente de la conjonctive oculaire.

Quant au traitement local, il se compose de deux parties

bien distinctes : d'un traitement énergique et d'un traitement de douceur, le premier chirurgical, le second d'ordre médical. Voyons d'abord le traitement chirurgical.

En relevant la paupière supérieure, on peut la trouver lisse et unie dans toute son étendue, sauf à l'angle externe où quelques granulations se montrent groupées irrégulièrement. Dans ce cas on peut dire que la maladie n'en est qu'à son début et que les culs-de-sac conjonctivaux ne sont pas encore atteints. Il est à remarquer, en effet, que l'angle externe se prend ordinairement le premier, peut-être parce que, grâce à sa position plus éloignée de la saillie du nez, il est plus facilement touché par un doigt infecté ou par tout autre objet. Quoi qu'il en soit, nous n'avons jamais vu l'invasion commencer par l'angle interne. La maladie, ainsi prise au début, sera de courte durée et cèdera facilement à un traitement médical même modéré. Il suffit, en effet, dans ce cas de scarifier légèrement l'angle palpébral externe de façon à fendiller la muqueuse sans arriver jusqu'au cartilage tarse et d'y faire ensuite de légères frictions à l'aide d'un linge imprégné de protargol et de poudre d'acide borique porphyrisée. Dès le lendemain peut commencer la partie du traitement par collyre que nous exposerons plus loin. Généralement en huit ou quinze jours la guérison est obtenue, comme le montrent les quelques observations qui suivent ce chapitre, et que nous avons prises parmi celles que nous avons eu si souvent l'occasion de recueillir.

Mais, d'autres fois, la paupière supérieure est envahie en entier par des granulations de formes plus ou moins variées, plus ou moins saillantes, rondes, ombiliquées, pavimenteuses ou pédiculées. Nous en avons vu parmi ces dernières qui méritaient plutôt le nom de végétations car elles ne mesuraient pas moins de 4 à 5 millimètres, ce

qui permettait de les exciser aux ciseaux. De plus, nous avons remarqué que plus les granulations sont volumineuses, plus elles se guérissent facilement, tandis que les petites sont pendant longtemps rebelles à tout traitement. Quoi qu'il en soit, suivant leur forme et leur confluence, elles impriment à la muqueuse palpébrale un cachet tout spécial : tantôt, en effet, elle ressemble à une toile à gros grains, tantôt à une peau d'orange, tantôt à un épithélium pavimenteux vu de face au microscope, tantôt, enfin, à un véritable chou-fleur. C'est là une lésion de vieille date, les culs-de-sac sont sûrement atteints et c'est là que l'on trouve le plus grand développement de granulations. La guérison sera longue et la simple opération précédente ne saurait suffire. Il faut avoir recours au brossage. Voici comment nous le pratiquons à la clinique :

Après anesthésie, la paupière est relevée à l'aide de la pince d'Abadie et enroulée sur elle-même de façon à mettre à jour le cul-de-sac conjonctival. Si le cul-de-sac n'est pas bien développé, le brossage ne sera pas sérieux puisque c'est là le principal but de l'opération. Les scarifications doivent alors être faites assez rapprochées mais jamais perpendiculairement les unes aux autres. Autant que possible les faire parallèlement au bord libre palpébral. Une fois ces surfaces granuleuses bien scarifiées, a lieu le véritable brossage à l'aide d'une brosse à dents imbibée d'une solution de biiodure de mercure au 1/1000 d'abord, puis d'acide borique pulvérisé. Dans les derniers temps de notre stage à la clinique ophtalmologique et à la clinique chirurgicale des enfants, où nous faisions souvent des brossages, nous remplacions le biiodure par une solution de protargol à 25 0/0. Il se formait alors une substance pâteuse, fournie de débris épithéliaux, de sang, de protargol et d'acide borique que nous enlevions à

l'aide d'un véritable lavage au protargol faible (5 0/0). Le seul liquide entrant dans l'œil était, par conséquent, du protargol. Ce procédé nous a donné toujours d'excellents résultats.

Quel est le but du brossage et comment agit-il ? Faut-il ne voir en lui que l'action mécanique et croire que son but consiste uniquement à chasser par un véritable balayage les masses granuleuses plus facilement accessibles grâce aux scarifications ? Nous ne le croyons pas et si le brossage agit ainsi mécaniquement, ce qui est indiscutable, nous croyons qu'il agit chimiquement aussi, pour favoriser par les scarifications l'entrée du liquide modificateur sous la conjonctive, pour le forcer à y pénétrer ensuite grâce au va-et-vient de la brosse. Le nodule granuleux se trouve ainsi attaqué de face et de dos.

Enfin, malgré la sensation ressentie par le malade, on peut, en retournant les paupières, ne voir aucune granulation. Mais, en regardant de près, on voit de petites taches blanchâtres, de petites cicatrices d'anciennes granulations. Or, que l'on passe un scarificateur dessus et l'on entendra un petit bruit spécial comparable à celui que produirait l'instrument en grattant une pierre. C'est, qu'en effet, les vieilles granulations peuvent, chez les gens soucieux de leur personne et qui se sont bien soignés, subir une transformation calcaire, chose sur laquelle on n'a, croyons nous, pas assez insisté. Nous ne citerons qu'une observation de ces granulations calcaires parmi toutes celles que nous avons pu recueillir. Chose importante, ces granulations calcaires ne se montrent que dans la classe aisée, chez des gens qui se soignent, tandis que chez les pauvres, chez ceux qui n'ont pas d'hygiène ni de soins, le trachome continue son évolution.

Observation VII

Mme S..., âgée de 45 ans, propriétaire à Sétif, se plaint d'avoir des cils mal implantés et qui la gênent depuis plusieurs années. Elle ressent parfaitement sur le globe oculaire le contact de ces cils, mais, comme elle ne peut le faire elle-même, elle nous prie de lui arracher à la pince les cils qui la gênent. Ses yeux sont, en effet, injectés et enflammés, et cela depuis plusieurs années, malgré l'eau boriquée tiède qu'elle emploie. Nous nous préparons donc à lui enlever les cils mal implantés qui la gênent, mais, à notre grande surprise, nous n'en voyons aucun. En relevant la paupière supérieure, nous apercevons des petits points blanchâtres comme incrustés dans la muqueuse : ce sont des granulations calcaires. A l'aide d'un scalpel effilé nous énucléons ces petites concrétions calcaires. La malade se trouve immédiatement soulagée et, trois jours après, toute inflammation a complètement disparu.

Nous pourrions multiplier les exemples, mais cela n'aurait aucun intérêt car tous les cas sont absolument identiques : sensation d'un corps étranger (généralement attribué au frottement des cils), violente injection de la muqueuse oculaire. Enucléation des concrétions calcaires et guérison en quelques jours. Nous avons tenu à insister sur ce fait que nous n'avons jamais vu signaler par nos auteurs.

Voyons maintenant ce que comporte la partie médicale de notre traitement. Elle se subdivise elle-même en deux parties : un traitement continu, méthodique, systéma-

tique même, ce sont les instillations de protargol ; et un traitement varié, pourrait-on dire, où prennent place tous les adjuvants vus plus haut : sulfate de cuivre, de zinc, etc., plus l'airol et la glycérine iodoformée dont nous reparlerons un peu plus loin.

Le traitement doit être varié car les yeux s'habituent vite aux différents collyres, et au protargol peut-être plus vite encore, de sorte qu'au bout d'un certain temps il serait presque sans action. Comment obvier à cet inconvénient ? On peut élever progressivement la dose du protargol comme on le fait pour tous les médicaments quand il y a accoutumance de l'organisme. Nous l'avons donc essayé, mais les résultats ne furent pas satisfaisants car nous avons été arrêté par la dose maxima de 30 pour 100 que l'on ne saurait dépasser.

Un autre moyen est celui d'employer alternativement différents collyres. Mais devront-ils être pris au hasard ? Non, car en soignant un granuleux, l'oculiste doit toujours poursuivre un double but : guérir la lésion existante et prévenir ses complications. Les complications les plus fréquentes du trachome sont les kératites avec ou sans ulcères. Or, nous avons deux armes puissantes contre ces deux nouvelles lésions : la glycérine iodoformée pour la première, l'airol pour la seconde. Dès lors, quoi de plus logique que de les employer comme adjuvants puisqu'ils présentent le double avantage d'empêcher l'œil de s'habituer au protargol, tout en prévenant les complications les plus fréquentes du trachome ? Enfin, et pour reproduire en petit l'excitation du brossage, la tuméfaction de la conjonctive qui se laisse ainsi plus facilement pénétrer par ces liquides modificateurs, nous nous servirons de crayons au sulfate de cuivre.

Dès lors, le traitement peut se résumer en peu de mots :

1° Instillations journalières de protargol à 5 p. 100 ;

2° Tous les trois ou quatre jours seulement, si les granulations tendent à se reformer, cautérisation au sulfate de cuivre dont on calme la douleur par une goutte de protargol. Si la cornée semble vouloir se dépolir ou se troubler, glycérine iodoformée à 1 p. 30 avec l'iodoforme obtenu par évaporation de l'éther iodoformé, comme le recommande depuis longtemps notre maître M. le professeur Bruch. Si enfin la cornée semble devoir s'ulcérer, instillations d'airol suivant la formule :

Airol	2 grammes
Eau bouillie.	9 —
Glycérine stérilisée . . .	9 —

Les observations qui suivent seront divisées en deux groupes : les premières seront relatives aux granulations jeunes, les secondes aux granulations de vieille date. On y remarquera l'influence du tempérament et de la condition sociale relativement à la gravité et à la durée de la maladie.

Granulations jeunes

Observation VIII

Mlle Henriette Fl..., 17 ans, couturière, se présente à nous le 20 mai 1901. Tempérament robuste. Quelques granulations aux deux angles palpébraux externes. Aussitôt scarifications et grattage à l'aide d'une compresse imbibée de protargol (25 p. 100) et d'acide borique

en poudre. Traitement journalier chez elle au protargol à 5 p. 100. Le 23, cautérisation au sulfate de cuivre.

Le 1er juin, guérison complète.

Observation IX

Alexandrine Ta..., 29 ans, sans profession, et sa fille Berthe (6 ans 1/2), sont atteintes de légères granulations de l'angle externe. Le 8 mai 1901, scarifications et grattage ordinaire comme plus haut. Traitement journalier : huile de foie de morue à l'intérieur, protargol faible à l'extérieur. Cinq jours après la mère est guérie. Sa fille a encore quelques granulations et sa cornée semble un peu dépolie. Instillations : le matin au protargol, le soir à l'airol. Six jours après, guérison complète.

Observation X

Jules Br..., 8 ans 1/2, bonne constitution, fils d'un employé au gouvernement général, nous consulte le 30 avril 1901. A l'angle externe gauche quelques grosses granulations pédiculées. Excision aux ciseaux courbes et même traitement que plus haut. Le 5 mai, cautérisation au sulfate de cuivre ; le 10, guérison complète.

N.-B. — Sous l'action du protargol, la pupille est restée agrandie tant qu'a duré le traitement ; deux jours après, elle est revenue à son état normal.

Observation XI

Adrienne A..., 22 ans, parente d'un étudiant en médecine, nous est présentée par lui, le 3 décembre 1900, pour

visiter ses yeux. Elle est atteinte de quelques granulations siégeant aux deux angles externes. Anesthésie par sommeil hypnotique. Scarifications et grattage. Journellement protargol à 5 pour 100, tous les 3 jours sulfate de cuivre. Le 11 décembre, guérison complète.

Observation XII

Notre petite nièce, atteinte de granulations prises en classe, le communique à trois membres de notre famille et à nous-même. Dès que les granulations sont reconnues même traitement que plus haut.

Notre jeune sœur guérit en 8 jours (20-28 juillet).

Notre belle-sœur guérit en 7 jours (26 juillet-1er août).

Notre beau-frère guérit en 12 jours (20 juillet-1er août).

Quant à nous, scarifié par un de nos amis, notre guérison fut complète en 9 jours (30 juillet-8 août).

Granulations de vieille date

Observation XIII

La nommée Camille A..., 18 ans, couturière, est atteinte de granulations depuis deux ans. Mais elle n'a jamais négligé de se soigner : matin et soir elle se lavait les yeux à l'eau boriquée. Ni kératite, ni ulcères cornéens. A son entrée à l'hôpital, on lui fait un premier brossage au biiodure. Puis, traitement varié au protargol, sulfate de cuivre, airol et glycérine iodoformée. Quoique la malade aille beaucoup mieux, un nouveau brossage est jugé utile après un mois de soins. Il est fait le 4 avril, mais

cette fois le protargol seul est employé avec l'acide borique en poudre. Quinze jours après, il n'y a plus de granulations, mais simplement un peu de conjonctivite simple. La malade sort de l'hôpital le 20 avril : les yeux sont grands, les paupières sont restées souples.

Observation XIV

Anna P..., 16 ans, domestique, est atteinte de granulations et de kératite ulcéreuse depuis quatre ans et demi. Elle est entrée et sortie sept fois de l'hôpital. Mais elle est d'un tempérament lymphatique à l'excès, et dès qu'elle reste quelques jours chez ses parents, de pauvres ouvriers, ses granulations, qui semblaient guéries, reparaissent de nouveau et c'est ce qui explique ses entrées successives à la salle Daviel. Cette fois-ci, 3 janvier 1901, les yeux sont violemment inflammés (conjonctivite et blépharite intenses). Les granulations, d'un volume excessivement petit, ont envahi toute la paupière supérieure. Un ulcère s'est formé au centre de la cornée dont le reste présente d'anciennes cicatrices d'ulcères déjà guéris. Les yeux, très petits, présentent deux cicatrices de canthoplastie à résultat négatif. La malade n'y voit presque plus pour se conduire.

Le 7 janvier, brossage au protargol et à l'acide borique. Sirop de Gibert et huile de foie de morue. Comme adjuvants du protargol, airol et sulfate de cuivre. La glycérine iodoformée n'est pas employée parce qu'elle a toujours produit chez elle de violentes irritations. Le 28 janvier, second brossage au protargol. Le 16 février, la malade est ou semble guérie.

Depuis sa sortie nous ne l'avons plus vu reparaître, ce qui semble indiquer que sa guérison est complète.

Observation XV

La nommée Ascension M.., 42 ans, ménagère, se présente à nous avec ses trois enfants : Baptiste, (12 ans et demi), Carmen (7 ans), et Marie (4 ans et demi).

La mère, atteinte de granulations depuis 2 ans, a une violente kératite avec ulcère et hernie de l'iris à droite comme à gauche. Baptiste, atteint depuis la même époque, a un œil perdu à la suite d'un ulcère. « L'œil s'est tourné en pus qui a coulé, nous dit la mère » ! L'autre œil présente un ulcère cornéen prêt à se rompre. Quant aux deux fillettes, elles sont atteintes de blepharospasme, de trichiasis et de kératite. La mère, sur les conseils d'une voisine, s'est soignée ainsi que ses enfants à l'aide d'une pommade fabriquée par une femme espagnole.

Le traitement de la mère est entrepris le 3 décembre 1901. Huile de foie de morue, sirop de Gibert, cautérisation de la hernie de l'iris à l'aide du galvano-cautère, atropine et pansement occlusif. Le lendemain 4 décembre, nous nous apercevons que le pansement de l'œil droit a été touché, et la mère, en le niant, nous montre sa main dont les doigts sont pleins d'un liquide séro-sanguinolent. Lorsqu'on enlève le pansement, l'œil droit est vidé. Nouveau pansement sur-le-champ, qui est enlevé de même le lendemain par la malade. Malgré nos soins les plus assidus, l'œil restant se vide de même le 10 décembre. La mère aveugle est conservée par pitié à l'hôpital.

Le traitement des enfants est commencé le 3 décembre.

D'abord désinfection au biiodure, puis brossage au protargol. Chaque jour, protargol faible, airol ou glycérine iodoformée alternativement. Le 10 décembre, les deux fillettes subirent une canthoplastie. Les trois petits malades ne sont guéris que le 18 mai 1901 !! Leurs cornées présentent des taches dues à la cicatrisation des ulcères et le calomel en poudre n'a aucune action sur elles.

Nous pourrions ainsi multiplier à l'infini les exemples de ces victimes, mais ce serait des observations toujours identiques et ennuyeuses. Nous n'en citons donc que quelques-unes qui suffisent à montrer l'importance du bien-être ou de la misère et des soins précoces. De plus, ces observations montrent qu'à l'aide du protargol, des granulations jeunes peuvent, sur un bon terrain, être guéries en moins de 8 jours, ce qui est un résultat excellent.

Passons maintenant au traitement des complications du trachome, complications dont la dernière observation peut donner une idée.

Comment peut-on arriver à guérir de pareils malades. Occupons-nous d'abord de l'ulcère cornéen. Dans tous les traités classiques, le premier médicament que l'on voit indiqué consiste en instillations de collyre à l'atropine.

Or, quel est l'effet de ce collyre ? A-t-il une action efficace sur la cornée ? Nous ne le croyons pas. Sous son action, l'ulcère se comble-t-il plus facilement ? Certainement non Sa véritable action est de dilater l'orifice pupillaire de façon à empêcher les hernies de l'iris en cas de rupture de l'ulcère, de perforation de la cornée. N'est-ce pas là avouer que les médicaments conseillés ensuite n'ont que peu d'action et que la perforation est presque inévitable ? On conseille ensuite la glycérine iodoformée, médicament excellent pour la kératite sim-

ple, pour l'opacité cornéenne, mais non pas pour les ulcères. Puis, enfin, vient la glycérine aristolée dont l'action antiseptique n'amène qu'un mieux relatif. Tout autre est l'action de la glycérine airolée. Sous l'action de l'airol, l'opacité de l'ulcère se dissipe rapidement et les cellules épithéliales de la cornée semblent acquérir une puissance énorme de prolifération qui arrive rapidement à combler la perte de substance, à guérir l'ulcère.

L'airol est un médicament nouveau que nous allons un peu étudier d'abord.

Préparé tout dernièrement par M. Ludy, l'airol est dû à la substitution de l'iode au groupe OH du gallate basique de bismuth. C'est donc un oxyiodogallate de bismuth, dont la formule est :

$$C^6H^6BiIoO^6$$

C'est une poudre d'un vert grisâtre, inodore, insipide, inaltérable à la lumière, mais s'altérant à l'air humide pour former une poudre rougeâtre, moins riche en iode. De même avec l'eau bouillante. L'airol est insoluble dans les dissolvants ordinaires. Mélangé à de l'eau et à de la glycérine, il forme une émulsion stable dont voici la formule :

Airol.	2 gr.
Eau bouillie ster	9 —
Glycérine neutre	9 —

Lorsqu'il n'y a qu'ulcère de la cornée, l'airol peut être employé absolument seul, contrairement au protargol. Mais ceci ne se voit que dans le cas d'ulcère traumatique. Et ce n'est là ni le cas habituel, ni le genre d'ulcères que nous nous sommes proposé d'étudier, puisque nous ne parlons ici que des complications du trachome. Dans le cas d'ulcère il y a donc généralement kératite, et en même

temps que l'ulcère il faut donc soigner la kératite, c'est-à-dire qu'à l'airol doit s'ajouter un médicament qui a fait ses preuves, la glycérine iodoformée à 1 p. 30, dont l'iodoforme doit être obtenu par évaporation de l'éther iodoformé pour être absolument impalpable.

En présence d'un malade atteint d'ulcère cornéen, quelle est la conduite à tenir ? Avant de se prononcer, il est bon de revoir un peu les causes de l'ulcère. Nous avons vu que les deux causes principales étaient les granulations et les cils qui, par leur contact continu, dépolissent et creusent la cornée d'où il résulte une contraction énergique de la paupière pour empêcher l'impression douloureuse de la lumière sur les terminaisons nerveuses mises à nu. Si la cause anatomique est donc l'existence de corps étrangers sur la cornée (granulations ou cils), la cause efficiente, la cause pathologique est la contraction spasmodique de l'orbiculaire qui maintient ces corps étrangers en contact intime avec l'épithélium cornéen.

En examinant un œil atteint de kératite ulcéreuse, voici donc les cas qui peuvent se présenter :

1° L'ulcère est peu grave et les causes peu accentuées, c'est-à-dire que quelques cils ou quelques granulations à peine sont arrivés à former un ulcère peu profond. L'ulcère étant très éloigné de la perforation, les causes étant facilement supprimables, il vaut mieux commencer par elles, c'est-à-dire que l'on arrachera les cils ou que l'on scarifiera les granulations. On n'aura plus, dès lors, qu'à s'occuper de la guérison de l'ulcère par l'airol et la glycérine iodoformée en instillations.

2° Les causes, toujours peu graves, ont formé un ulcère qui est inquiétant et menace de perforation. Ce cas se produit lorsque le précédent n'a pas été soigné à temps. Ici encore, comme les causes sont facilement

réductibles, on les réduira comme plus haut, mais au protargol destiné aux granulations ; on se trouvera bien d'ajouter, dès le début, de l'airol destiné à la kératite et à l'ulcère.

3° Les causes qui ont donné naissance à l'ulcère et l'ulcère lui-même sont graves, c'est-à-dire que la paupière supérieure est pleine de granulations dont les simples scarifications ne sauraient venir à bout, ou bien les cils sont trop nombreux et nécessitent un véritable relèvement, tandis que l'ulcère menace de se rompre : c'est le cas le plus fréquent à la polyclinique. Ici la conduite de l'oculiste doit être raisonnée. Si, en effet, il soigne l'ulcère avant les causes qui lui ont donné naissance, le bon effet du traitement sera annulé par l'irritation continue de la cause qui subsiste. S'il veut, au contraire, se débarrasser de la cause par un brossage ou un relèvement, ce qui provoque toujours plus ou moins d'inflammation de la conjonctive et qui nécessite une occlusion de l'œil pendant laquelle le traitement de l'ulcère ne peut avoir lieu, il perdra un temps précieux qu'il aurait pu employer à prévenir la perforation, et d'ailleurs, si celle-ci se produit pendant l'occlusion qui cause toujours dans ce cas un peu de pus, il peut se déclarer une infection interne. S'il veut enfin soigner la cause et l'effet, il ne fera rien de bon.

L'oculiste est donc enfermé dans un cercle vicieux. Il ne peut en sortir que s'il trouve le moyen d'éloigner provisoirement la cause, c'est-à-dire la contraction de l'orbiculaire, et ce moyen précieux c'est la canthoplastie qui, en sectionnant l'orbiculaire, rend à la paupière sa souplesse et sa laxité normales.

Or, qu'il nous soit permis de soumettre à nos juges un nouveau procédé de canthoplastie, dont l'idée nous a été donnée par M. le docteur Aboulker, notre chef de

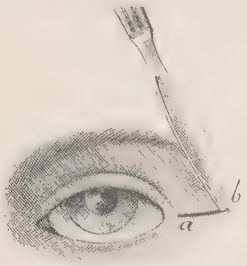


Fig. 1
1ère Incision

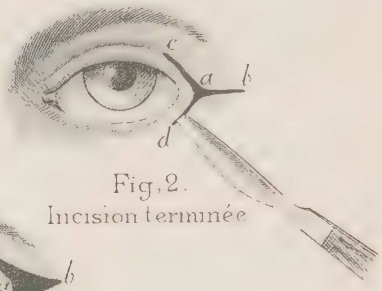


Fig. 2.
Incision terminée

Fig. 3
Incision après Retraction

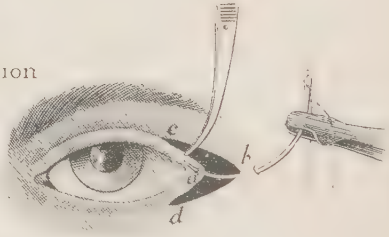


Fig. 5.
Suture.

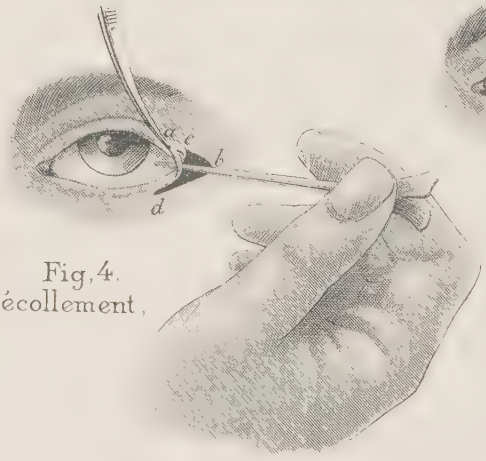


Fig. 4.
Décollement.

Fig. 6
Suture.

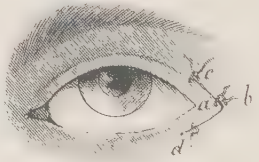


Fig 7
Opération terminée.

CANTHOPLASTIE

clinique au service des maladies des enfants, et que nous-même avons expérimenté chaque fois que nous en avons eu l'occasion. Les bons résultats que nous en avons obtenus nous ont pleinement autorisé à adopter ce procédé. La figure ci-contre donnera une idée approximative de l'opération que nous allons décrire et qui comprend trois temps :

1er temps — Incisions.
2me » — Décollement de la conjonctive oculaire.
3me » — Suture.

Cette opération, fort simple, ne nécessite que peu d'instruments : une pince à griffes, un bistouri effilé, une sonde cannelée et une aiguille à suture.

Premier temps. — L'opérateur, tenant son bistouri de la main droite, l'enfonce perpendiculairement à la peau en un point A, à un demi-centimètre de l'angle externe de l'œil et en dehors de lui. La pointe du bistouri traversant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'orbiculaire des paupières, doit aller butter jusque sur le rebord osseux de la cavité orbitaire. Alors l'opérateur abaisse et pousse le manche de l'instrument jusqu'à ce que sa pointe vienne soulever la peau en un point B, situé à un centimètre à peu près en dehors et sur la même ligne horizontale que le point initial A. Le bistouri, à ce moment, de perpendiculaire qu'il était est devenu presque horizontal, et il suffit alors de pousser brusquement la lame du côté de l'oreille correspondante pour couper, par transfixion, tous les tissus qui se trouvaient être chargés sur la lame. L'incision A B est donc ainsi faite. Du point initial A on pousse alors deux nouvelles incisions de un centimètre chacune et dont la direction est parallèle au bord libre de la paupière inférieure et

supérieure. La distance séparant cette incision du bord libre palpébral doit avoir un peu moins d'un demi-centimètre. On a donc ainsi décrit une incision en Y dont la queue regarde l'oreille, tandis que l'angle embrasse l'angle externe de l'œil. Par suite de la rétraction de la peau et des tissus sous-jacents, notre Y va prendre la forme d'un fer de lance dont la pointe regarde l'oreille et dont la base embrasse toujours l'angle externe de l'œil.

Deuxième temps. — L'angle externe de l'œil, à ce moment, n'est plus représenté que par le lambeau de peau CAD, en forme d'angle et dont la largeur est égale à un demi-centimètre. A l'aide d'une pince à griffes, tenue de la main gauche, l'opérateur soulève alors ce lambeau angulaire de peau, tandis qu'une sonde cannelée, tenue de la main droite, glisse sous lui et sous la conjonctive oculaire qui lui fait suite, de façon à aller la décoller de la sclérotique jusqu'à quelques millimètres de la cornée. Le résultat de ce temps de l'opération est que l'angle externe palpébral et la conjonctive oculaire qui s'y attache pour former le cul-de-sac externe, flottent librement sur la partie externe de la sclérotique.

Troisième temps. — Il consiste à suturer la peau de façon à maintenir l'angle externe de l'œil (qui n'est plus qu'un lambeau angulaire flottant) contre l'angle externe ou la pointe du fer de lance qu'avaient formé nos trois incisions du premier temps ; c'est-à-dire que l'on rapprochera le point A du point B jusqu'à ce qu'ils soient en contact. Deux points de suture latéraux fixeront notre angle palpébral externe comme le montre la figure ci-contre. La fente palpébrale sera ainsi agrandie d'une longueur AB égale à 1 centimètre, et l'orbiculaire étant sec-

tionné, les paupières ne viendront point s'appliquer aussi fortement contre le globe oculaire.

Or, y a-t-il quelque avantage à opérer de cette façon ? Oui certes, et il nous semble même que ces avantages sont nombreux et importants.

Tout d'abord la conjonctive n'est pas coupée comme dans le procédé ordinaire. Elle n'est même pas blessée et ne subit aucun traumatisme ; elle est simplement et doucement décollée de la sclérotique avec laquelle elle a d'ailleurs peu d'adhérences, pour être transplantée un peu plus loin. De sorte que l'on n'a à craindre aucune irritation de cette conjonctive, et que l'on peut même opérer alors qu'elle est déjà enflammée puisque on ne lui apporte aucune cause supplémentaire d'inflammation.

De plus, dans le procédé ordinaire, il arrive souvent que la conjonctive suturée à la partie externe de la plaie que l'on a faite se déchire sous la traction du fil, sous la traction du globe oculaire, ou bien encore il peut arriver qu'elle ne se place pas bien exactement entre les lèvres de la plaie et que, par conséquent, elle ne s'oppose pas à leur réunion. Dans un cas comme dans l'autre, l'opération est à recommencer. Ici rien de tel à craindre puisque ce n'est pas elle que l'on suture, mais la peau sur laquelle elle est implantée, de sorte que la solidité est beaucoup plus grande et que la conjonctive vient d'elle-même à la place qu'elle doit occuper.

Dans le procédé ordinaire, la suture étant faite, il faut attendre que la conjonctive, attirée entre les deux lèvres de la plaie, si elle y reste, se soude à ces lèvres c'est-à-dire à de la peau. Il faut donc attendre une suture entre une muqueuse et un épithélium cutané. Dans ce nouveau procédé, c'est de la peau qui doit se souder à de la peau. C'est la peau de l'angle externe de l'œil qui doit se souder

à la peau de notre incision, et l'on conçoit que cela se passe beaucoup plus vite et beaucoup plus facilement.

Dans le procédé classique, si la conjonctive oculaire était un peu courte, il arrivait ou qu'elle se déchirait ou que, tiraillant fortement sur le globe oculaire, elle l'enflammait et s'enflammait elle-même, et c'est là la cause des chémosis et autres complications que l'on pouvait voir survenir. Or, ici nous n'avons aucun tiraillement à craindre puisque nous avons pris le soin de décoller notre conjonctive avant de l'étirer en dehors.

Le cul-de sac externe est peut être moins accessible ainsi que dans l'ancien procédé et, dès lors, l'opération n'a plus sa raison d'être ? Erreur complète ! Le cul de-sac n'est pas coupé, c'est vrai, mais il est déplissé et le résultat est le même.

Enfin, au point de vue esthétique, dans le procédé ordinaire il arrive souvent que la cicatrice présente un vilain aspect et, de plus, elle est très visible. Ce n'est pas tout : la commissure externe étant artificielle est dépourvue de cils, et cela fait un vilain effet. Dans le procédé que nous avons exposé, au contraire, la commissure est restée la même et, par conséquent, elle a conservé les cils qui y étaient implantés. Quant à la cicatrice, elle est dissimulée dans les plis de la paupière et, par conséquent, elle est peu visible.

Avant de quitter ce sujet, qu'il nous soit permis de noter ici une remarque fort juste que nous tenons de M. le docteur Legrain : nous voulons parler de la difficulté qu'éprouve une paupière opérée pour suppurer. C'est là une chose presque impossible pour elle, et M. le docteur Legrain, à l'appui de son dire, nous montrait à la prison civile de Bougie un Arabe auquel il avait fait un relèvement pour lequel il s'était servi comme suture de fil à

coudre ordinaire sans qu'il se soit produit la moindre infection. Et, en effet, nous ne nous rappelons pas avoir vu suppurer une seule paupière opérée. D'ailleurs, confiant en la remarque du docteur Legrain, nous avons fait l'expérience nous-même et avons suturé des relèvements à l'aide de fil noir, rouge ou blanc, que nous empruntions au malade lui-même, c'est-à-dire en nous servant d'un fil qui avait toutes les chances voulues pour produire de l'infection. Au moment où l'on enlève le point de suture, une petite goutte de pus apparaît à la suite du fil, il suffit de l'essuyer et tout s'arrête là. Voilà une particularité intéressante que nous tenons à signaler avant d'abandonner ce sujet.

Ceci dit, revenons au traitement de l'ulcère cornéen. Comme pour les granulations, il faut instituer mathématiquement un traitement général et un traitement local. Le second seul varie suivant les lésions :

1° Il n'y a qu'ulcère cornéen : instillations d'airol, suivant la formule, deux fois par jour.

2° Il y a infiltration de la cornée et ulcère : faire alterner journellement la glycérine airolée et iodoformée.

3° Il y a menace de perforation ou elle existe déjà : on emploiera en plus de l'airol l'atropine et l'ésérine de façon à donner à l'iris un mouvement continuel qui l'empêche de faire hernie ou de former des synéchies. La formule en sera :

1°	Sulfate neutre d'ésérine . .	0,05 cent.
	Eau distillée	20 gr.
2°	Sulfate neutre d'atropine . .	0,05 cent.
	Eau distillée	20 gr.

4° La hernie de l'iris se trouve déjà faite : on la cautérisera et on instituera le même traitement.

Dans tous les cas, dès que l'ulcère se sera comblé, on devra employer le calomel à la vapeur et en saupoudrer la cornée de façon à éviter une opacité cicatricielle.

Voici, enfin, quelques observations prises au hasard parmi celles que nous avons pu recueillir.

Observation XVI

La jeune Jeanne Fl..., 17 ans, ouvrière, présente un ulcère de l'œil gauche à la suite d'un léger trichiasis. Elle vient nous consulter le 16 décembre 1900. Quelques cils à peine frottent sur la cornée. Ils sont enlevés à la pile. Traitement alternatif à l'airol et à la glycérine iodoformée. Le 30 décembre l'ulcère est fermé, il ne reste qu'une légère opacité dont le calomel en poudre a facilement raison. Guérison complète le 10 janvier 1901.

Observation XVII

Le nommé Vincent Tr..., 25 ans, marchand de journaux, entre à la salle Dupuytren le 1er février 1902. Il est atteint de trachome, trichiasis, ulcère de l'œil droit et kératite simple de l'œil gauche. Les granulations sont très confluentes, une canthoplastie est donc faite le 3 février. Le 5 février, les fils sont enlevés et l'on commence le traitement par l'airol, la glycérine iodoformée, l'ésérine et l'atropine. Le 16 mars, le malade sort guéri de son ulcère sans vouloir subir ni brossage, ni relèvement.

Observation XVIII

Les trois malades suivantes de la salle Daviel y étaient entrées pour ophtalmie purulente.

La nommée Emilie B..., 21 ans.
— Adrienne S..., 39 ans.
— Marie D..., 46 ans.

Toutes trois, à leur entrée, présentaient une ophtalmie purulente avec ulcère cornéen et hernie de l'iris. Aussitôt, grands lavages au permanganate de potasse répétés 4 fois par jour. Une fois guéries, cautérisation de la hernie à la pointe galvanique et traitement à l'airol et à la glycérine iodoformée.

Emilie B..., ophtalmie guérie en 15 jours (1er au 15 janvier). Ulcère guéri en 18 jours (15 janvier-2 février).

Adrienne S..., ophtalmie guérie en 19 jours (3 mars-22 mars). Ulcère en 20 jours (22 mars-11 avril).

Marie D..., ophtalmie guérie en 13 jours (1er-14 décembre). Ulcère en 20 jours (14 décembre-4 janvier).

On pourrait multiplier les exemples, mais on voit qu'ils se ressemblent tous, et, par conséquent, n'ont aucun intérêt. Il suffit de savoir que, grâce à l'airol et à la glycérine iodoformée, les ulcères et les kératites sont guéries en une moyenne de 15 à 20 jours de traitement.

CONCLUSIONS

I. — Les maladies oculaires représentent, en Algérie, la branche la plus importante de la pathologie, et cela à cause de leur nombre et de leur gravité. C'est qu'en effet les causes sont nombreuses qui les favorisent et les rendent graves. C'est d'abord le climat qui agit par la chaleur, la lumière éclatante, la poussière, les changements brusques de température ; c'est ensuite la configuration géographique même de notre colonie, dont tous les endroits sont trop humides ou trop secs.

II. — En outre de ces causes, que l'on retrouve en Algérie comme partout ailleurs, il y en a qui sont spéciales. C'est d'abord le dessèchement du globe oculaire, qui semble augmenter de beaucoup le nombre des ptérygions et des cataractes. C'est ensuite le cactus épineux, qui par les épines fines et soyeuses que portent ses fruits, cause une conjonctivite spéciale, analogue à celle que l'on avait attribuée aux platanes. Enfin les mouches jouent en Algérie un rôle de propagation indéniable de presque toutes les maladies oculaires.

III. — L'Algérie, étant un pays encore jeune, est surtout habitée par de pauvres gens, c'est cette misère même qui

rend si nombreuses les affections oculaires que l'on pourrait à juste titre dénommer les « Maladies des pauvres ». C'est que la misère est toujours accompagnée par l'ignorance, la malpropreté, le manque absolu d'hygiène et surtout par les vieux préjugés qui font craindre le médecin et empêchent un traitement qui serait d'autant plus utile qu'il serait plus précoce.

IV. — Si quelques peuples semblent prédisposés aux affections oculaires, ce n'est pas parce qu'ils font partie de telle ou telle race, mais bien parce que leur genre de vie, leurs mœurs et leurs coutumes les mettent dans un état de moindre résistance et de réceptivité plus grande.

V. — On a prétendu que les basses altitudes étaient beaucoup plus favorables aux affections oculaires que les hautes. En Algérie, le contraire seul est exact parce que les hautes altitudes sont surtout peuplées par des indigènes qui, par leur pauvreté et leurs mœurs, sont un terrain des plus favorables au trachome et à toutes ses complications.

VI. — La pathologie oculaire se résume presque exclusivement en Algérie au trachome et à ses complications, qui à eux seuls atteignent un nombre presque double de celui que forment toutes les autres maladies réunies. De sorte que l'on peut dire que si le trachome disparaissait un jour d'Algérie, les maladies oculaires y seraient relativement rares.

VII. — Il existe en Algérie une cataracte spéciale due à l'intoxication par l'ergot de seigle et à laquelle on doit rendre la place que les auteurs des siècles précédents lui avaient assignée dans la pathologie oculaire. C'est, en

effet, une maladie bien caractérisée par son étiologie, son évolution et ses symptômes spéciaux.

VIII. — Dans le traitement des affections oculaires, le nitrate d'argent, qui a joui de la plus grande renommée, doit abandonner sa place à un de ses dérivés, le protargol, qui a tous ses avantages et aucun de ses inconvénients. Grâce au protargol, la conjonctive granuleuse prise à temps peut être guérie en une période de 5 à 15 jours. Quant aux complications du trachome les plus fréquentes, la kératite simple et la kératite ulcéreuse, elles sont surtout justiciables, la première de la glycérine iodoformée, la seconde de la glycérine airolée.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 4 novembre 1902.
Le Recteur :
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 4 novembre 1902
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !